

受講希望地	
-------	--

腰痛予防管理者労働衛生教育 講習 受講申込書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ	性別	生年月日	※ 備考
			氏名			
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	
会員	非会員

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

_____ (印)

所在地

〒 _____

TEL(_____) FAX(_____)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。