

受講希望地

荷役災害防止担当者安全衛生教育講習 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	

年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
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)

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。