テールゲートリフター特別教育(学科教育)講習　受 講 申 込 書

【申込み先 FAX：024-559-1161】

受講希望会場		受講希望日	月　日	電話で予約を入れてから、送って下さい。

※ 受講番号	※ 受講証明証番号	フリガナ 氏名	生年月日	※ 備考
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			昭和 平成　年　月　日	
			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〇を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

〔担当者：　　〕

所 在 地　〒　　－

連絡先　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。