

受講希望地	
-------	--

テールゲートリフター特別教育講習 (学科教育科目)

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)

_____ (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。