

* 受付番号 受講希望日 月 日の分**交通労働災害防止担当管理者講習 申 込 書**

ふりがな			性別	
氏 名			男・女	
生年月日	昭・平	年	月	日
現住所	<input type="text"/> - <input type="text"/>		TEL	
勤務先	所在地	<input type="text"/> - <input type="text"/>		TEL
	名称			

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
福岡県支部長 殿

* 受講料	<input type="text"/>
テキスト代	<input type="text"/>
合 計	<input type="text"/>
*領収証 第 <input type="text"/> 号	
* 現 金	<input type="text"/>
振 込 み	<input type="text"/>
そ の 他	<input type="text"/>

申込年月日 平成 年 月 日**受講者氏名**

- (注1) *印以外は全部記入のこと。
(注2) 受講料は申し込みと同時に申込先に持参、又は現金書留、振込み。
(注3) 無断欠席の場合は、受講料の返済は致しません。
(注4) 振込先は申込先事務局へお問い合わせ下さい。

振込手数料は貴社負担でお願い致します。

ご記入いただいた個人情報は、受講者への連絡のほか、技能講習の実施、
修了証の交付のために利用いたします。