## テールゲートリフターの特別教育(学科4時間)追加②講習 受講申込書 【申込先 FAX:0776-34-2136】

受講希望 会 場 受講部望日 月日   ※受講番号 ※受講証明番号 氏 氏 名 生年月日 備 考   ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						_						
※受講番号 ※受講証明番号 氏   名   至年月日 偏考     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     日本 日		3	受講希望日									_
平成 年月日   田紹和 平成 年月日   田福和 平成 年月日   田福和 中成	※受講番	号 ※受講証明番号		ガ		生	年	月 E	3	備	考	
平成 年 月 日   日   日   日   日   日   日   日   日   日							年	月	В			
平成 年 月 日   日   日   日   日   日   日   日   日   日					年	月	В					
平成 年 月 日   一					年	月	В					
平成 年 月 日   令和 年 月 日   令和 年 月 日   事業所名   福井県支部(福井県トラック協会)   (役職名)   (役職名)   (担当者: ) 所在地 〒 一					年	月						
陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福井県支部(福井県トラック協会)   事業所名     会員 非会員 会員及び非会員の該当蘭にOを記入してください   代表者名 (役職名)     所在地 〒 ー					年	月	В					
代表者名   代表者名   (役職名)   (投職名)   (担当者: )   所在地 〒 -							令	和	年	月	E	- ∃
							当者	:				
							F					

## (注)

- 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記入して下さい。
- 2. 当該当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、受講証明書交付等のた めに利用いたします