**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：076-495-2010】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望講習会番号 | | | 第　　　回 |
| ※ | 受講  番号 | フ　リ　ガ　ナ | | 生年月日 | ※ 備　考 |
| 氏　　　　名 | |
|  | |  | | 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  富山県支部 | | | |
| 会 員 |  | 非会員 |  |

事業場名

代表者名

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

(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、証明書交付等のために利用いたします。