**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** |  |
|  |

令和 　 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。**