

平成 年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 富山県支部長 殿

勤務先事業場名称

所在地(送付先) 〒

代理人職氏名

印

(連絡用電話番号)

(連絡用 FAX 番号)

下記 名から委任を受け、別添のとおり、これらの者に係る技能講習修了証の交付申込手続き及び同修了証受領の件につき、一括して申込みます。

NO.	氏 名	印	発行区分(該当するものに○)
1			書替え ・ 再交付
2			書替え ・ 再交付
3			書替え ・ 再交付
4			書替え ・ 再交付
5			書替え ・ 再交付
6			書替え ・ 再交付
7			書替え ・ 再交付
8			書替え ・ 再交付
9			書替え ・ 再交付
10			書替え ・ 再交付

私たちは、上記の者を代理人と定め、技能講習修了証の交付申込手続き及び同修了証受領の件につき、一切の権限を委任します。

**【注意事項】**

この一括申込書は提出前に一部コピーし、確認用として保管して下さい。