

交通労働災害防止担当管理者教育講習会 (受講申込書兼修了証台帳)

修了証番号			
交付年月日			
会 場	① 県 北 ② 県 南 ③ 県 央 ※①～③の希望に○を付けてください。		
ふりがな 氏 名			
生年月日	昭 和 ・ 平 成	年	月 日
勤 務 先	会社名		
	営業所名		
	住 所	〒 ー	
	電 話		
	FAX		
テキストの有無	有 無 (いずれかに○を 付けて下さい)	新ガイドライン対応 「交通労働災害防止担当管理者必携」令和元年5月改訂5版	

【注】太枠のみ記入してください。

※ご記入いただいた個人情報は、受講者への連絡の他、講習の実施、修了証の交付のために利用致します。