**※**受付番号･･･NO

**「リスクアセスメント研修」受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
|  受　講　日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  |  　性　別 |
| 氏　　　名 |  |  男 ・ 女 |
|  | 　昭　和 　　年　　　　　月　　　　　日　平　成 |
| 現 住 所 | 〒　　 － 　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 勤務先 | 所 在 地 | 〒　　 －  |
| 名 　 称 | 　　　　　　　　　　　　　　　 TEL（　　　　－　　　　　－　　　　　） FAX（　　　　－　　　　　－　　　　　） |

※当申込書に記載された受講者の情報（個人情報）は講習業務以外には使用しません。

 **陸上貨物運送事業労働災害防止協会栃木県支部**

 **ＦＡＸ：０２８－６５８－６９２９**