

荷役災害防止担当者安全衛生教育講習 (受講申込書)

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	〒 —	
	電話		
	FAX		
テキスト いずれかを○で囲んでください	持っている 持っていない	テキストが令和6年5月改訂予定	
受講料の支払い方法		銀行振込 ・ 当日	

※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。