

安全衛生推進者能力向上教育(初任時)講習会受講申込書

年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 岡山県支部 御中
(FAX 086-234-5600)

10月23日(木)開催の標記講習会について以下のとおり申し込みます。

事業所名		〒	
		申込担当者名	
事業所所在地			
TEL/FAX		/	
受講者	受講番号 ※未記入	ふりがな	
		氏名	
		生年月日	西暦 年 月 日生
	受講番号 ※未記入	ふりがな	
		氏名	
		生年月日	西暦 年 月 日生
	受講番号 ※未記入	ふりがな	
		氏名	
		生年月日	西暦 年 月 日生
	受講番号 ※未記入	ふりがな	
		氏名	
		生年月日	西暦 年 月 日生
	受講番号 ※未記入	ふりがな	
		氏名	
		生年月日	西暦 年 月 日生

陸災防使用欄(受講者は記入しないでください)

受講料

入金日 令和 年 月 日

入金額 円

受付印