

テールゲートリフター特別教育講習

受講申込書

申込先 FAX017-729-2266

| | | | | | |
|--------|-----|-------|-------|----------|-----|
| 受講希望会場 | | 受講希望日 | 受講科目 | 陸災防青森県支部 | |
| 青森市 | 八戸市 | 月 日 | 学科・実技 | 会 員 | 非会員 |

該当欄に○印又は記入をお願いします

| フリガナ 受講者氏名 | 生 年 月 日 | ※ 受講証明書番号 | 備 考 |
|---------------|----------------|-----------|-----|
| | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | 昭和 平成 年 月 日 | | |

※印の欄は記入しないで下さい

(フリガナ)

事業所名 _____

代表者名 _____

所在地 〒 _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

〔担当者： _____ 〕