車両系荷役運搬機械等作業指揮者安全教育受講申込書

ふりがな 氏　　名	生　年　月　日	職　名
	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	

上記の通り申込します。

希望会場を○印で囲んで下さい。	酒　田	天　童
申込先 FAX 番号	FAX　0234-33-1771	FAX　023-676-5561

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
山　形　県　支　部　長　　殿

平成　　年　　月　　日

所 在 地	〒
事業場名	TEL　　ご担当者【　　】

※記入された個人情報は、当該講習会の申込以外の目的に使用することはありません。