

# 交通労働災害防止担当管理者教育講習申込書

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	備 考
-----	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 <span style="float: right;">ご担当者【            】</span>

※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。