

交通労働災害防止担当管理者教育受講申込書

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。

希望会場の欄に、受講月日をご記入下さい。	酒 田	月 日	天 童	月 日
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

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。