

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。

受講会場および受講日	天童	2月7日
適格請求書（インボイス）要 の場合：送信先メールアドレス		

陸上貨物運送事業労働災害防止協会  
山形県支部長 殿

FAX 023-676-5561

令和 年 月 日

所在地	〒
事業場名	TEL 〇〇〇〇〇〇 ご担当者【 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 】

※記入された個人情報、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。