

クレーン運転業務の特別教育受講申込書
(7月8日～9日開講)

会 員 ・ 非会員 (○印をつけて下さい)

所在地	〒□□□□-□□□□		電話番号	FAX 番号
事業場名				
受講者氏名	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			
	昭和・平成 年 月 日			
	昭和・平成 年 月 日			

注 領収書 (必要 不要) ○印をつけて下さい。受講票と一緒に郵送いたします。

令和8年 月 日 上記のとおり受講を申込みます。

申込担当者 所属課・氏名 _____

一般社団法人燕西蒲労災防止協会 御中

※この個人情報は当講習の実施及び修了証の管理以外には使用致しません。

(一社)燕西蒲労災防止協会 FAX 番号
☎ FAX 0256-63-5208

※ 協会処理欄		領 収 印
申込 人員	人	○
領収 金額		
受講票発送日		