

公益社団法人熊本県トラック協会  
適正化事業課 宛

( F A X : 096-369-1194 )

過労死等防止・健康起因事故防止対策セミナー

参加申込書

令和元年 月 日

会 社 名 : \_\_\_\_\_

営業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

( 参 加 者 )

役職等 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

役職等 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

事前にご質問が  
ございましたら  
ご記入くださ  
い。

※ご記入いただいた個人情報については、本セミナー以外には使用いたしません。