

FAX : 096-369-1194

積卸し作業指揮者安全教育講習 受講申込書

陸上貨物運送事業労働災害防止協会熊本県支部 殿

令和8年1月29日開催の積卸し作業指揮者安全教育講習の受講を申し込みます。

申込年月日 年 月 日

事業所の名称： _____

〒

事業所住所： _____

申込担当者： _____

連絡先TEL：(_____) _____

連絡先FAX：(_____) _____

※上記全て必須項目である為、必ずご記入ください。

番号	ふりがな	生年月日	備考
	受講者氏名		
1		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	※
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	
2		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	※
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	
3		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	※
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	
4		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	※
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	

(注) ※印以外は全部ご記入ください。修了証が発行できませんので、記入漏れの無いよう
お願いします。自動車運転免許証の写しも添付お願いします。

ご記入いただいた個人情報は、受講者への連絡のほか、講習の実施、修了証の交付のために利用いたします。