熱中症予防指導員研修　受講申込書

写真 1枚

貼り付けずに添付
縦3cm×横2.5cm
裏に名前を記入

受講希望日（必ず記入ください）
平成　　年　　月　　日

※印は申込者において記入しない事。

ふりがな			男 女	修了証番号	※
氏名	㊞				
生年月日	昭・平　　年　　月　　日			交付年月	※　　年　　月　　日
本籍	県		現住所		県
勤務先 （個人の方は現住所を記入下さい）	住所	〒　　－ 県　　市・郡			
	名称	（電話番号(携帯可)とFAX番号は必ず記入下さい）		TEL　　－　　－ FAX　　－　　－	

社団法人 福岡経営者労働福祉協会　殿

上記の通り申込いたします。　　平成　　年　　月　　日　　記入者

（一社）福岡経営者労働福祉協会
〒815-0032 福岡市南区塩原4-13-10
℡092(555)5822　Fax092(555)5870

注　意　事　項

1・写真1枚は縦3cm×横2.5cmに切り、添付してください。写真には形（カタ）がつかないようにして下さい。
2・申込受付は定員になり次第打切ります。お早目の申込をお願いします。
3・受講案内は講習の5～7日前にFAXにて送付致します。
　FAXのない方は80円切手を申込書に同封ください。受講案内を郵送致します。
4・修了証は即日発行いたします。（即日発行出来ない場合もありますのでご了承願います。）
5・受講料の払い込みは、受講5日前までに銀行振込を済ませて下さい。
　※振込手数料は貴社負担にてお願い致します。