

巻上げ機運転特別教育受講申込書

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

社団法人 福岡経営者労働福祉協会 殿

上記の通り申し込いたします。 平成 年 月 日 記入者

実務訓練証明	巻上げ機運転実技訓練4時間以上
	上記の実務訓練は既に実施したことを証明いたします。
平成 年 月 日	事業所名
	代表者名 (印)

注意事項

(社)福岡経営者労働福祉協会
〒815-0032 福岡市南区塩原4-13-10
TEL092(555)5822 Fax092(555)5870

- 写真1枚は25mm×30mmに切り、添付してください。写真は形(カタ)がつかないようにしてください。
- 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。
- 受講案内はFAXにて致します。(講習5～7日前)
FAXの無い方は、80円切手を、申込書に同封ください。
- 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、ご了承願います。)
- 受講料の払い込みは、受講5日前までに銀行振込を済まして下さい。
(福岡銀行井尻支店 普通209671 社団法人 福岡経営者労働福祉協会)