

テールゲートリフター特別教育(学科教育)講習 受講申込書
【申込み先 FAX:076-495-2010】

希望講習会番号	第 回		
※ 受講 番号	フリガナ 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	

令和 年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 富山県支部			
会 員		非会員	

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名(役職名)

〔担当者: _____〕

所在地 〒 _____

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

受講料(一人当たり)

会 員	8,800 円(テキスト代、消費税込)
非会員	11,000 円(テキスト代、消費税込)

※この受講申込書は、講習申込書として使用するもので他の目的には使用することはありません。

事務局処理欄	出力確認: 受講票	納入方法: 現金	振込み
--------	------------------	-----------------	-----