

用紙サイズ
A4使用

※記入の際は、ボールペンをご使用下さい。
本申込書を FAX で送付願います。
本申込書の原本は、写真を添えて当日提出して下さい。

FAX送信先 029-353-7915

※ 受付番号

ローラーの運転の業務に係る特別教育受講申込書

写 真
1枚をのりづけ
縦3.0cm×横2.4cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

受講年月日	令和 年 月 日～ 年 月 日		
ふりがな			
氏 名	生年月日	S H R	年 月 日 (満 歳)
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
住 所	〒□□□-□□□□		
	TEL	- -	(携帯) - -
勤務先	事業所名		
	所在地	〒□□□-□□□□	
	TEL	- -	FAX - -

上記のとおり記載事項を証明し、表記講習を申し込みます。

(株)安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

申請者
(受講者本人)

F A X	
担当者 職氏名	

※

実施管理者	受付担当者

注意

注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。

注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。

注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。

注4) 写真1枚(上3分身無帽 縦3.0cm×横2.4cm)を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。

注5) 遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)

注6) 本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。

注7) 納付後の受講料は、お返しできません。日程をよく調整した上でお申し込み下さい。

※不足の場合、A4サイズにコピー(感熱紙不可)してお使い下さい。