

その他講習 受講申込書

希望する受講科目の□に印をしてください。

施工管理者足場点検実務者研修

受講希望日	月	日
-------	---	---

受講日の3か月前から申込みを受け付けます

所属会社名			
所在地	〒 _____ 都道 府県		
電話番号		FAX番号	
連絡担当者			

受講番号	ふりがな 氏名	生年月日	現住所 (都道府県のみ)
		S H	
		S H	
		S H	
		S H	
		S H	

個人情報の取扱いについて

本申込用紙にて当支部が知りえた個人情報は、研修会のためのものであり、受講者の同意なく目的外の利用を行うことはありません。

会 員	非会員
-----	-----

- 注：1. 太枠欄のみ記入してください。
 2. 現住所は都道府県名のみ記入してください。
 3. キャンセルまたは受講日の変更は、受講日前日までにご連絡ください。キャンセルの方には、受講料は返還いたします。受講日の変更は1回です。次回変更後の受講料の返還はいたしません。
 4. 会場には駐車場がありませんので、公共交通機関をご利用ください

半田分会 FAX番号	0569-24-9806
------------	--------------