

# 低圧電気取扱業務特別教育 受講申込書

受講日 令和 7年 7月23日(水)～24日(木)

会社名			
所在地	〒 _____		
電話番号		FAX番号	
担当者氏名			

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	

- 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. 受講の取消は、受講日の前日までにご連絡下さい。(TEL：0569-24-9805)

建設業労働災害防止協会愛知県支部半田分会 FAX番号

0569-24-9806