

*** 特別教育受講申込書 ***

※希望する受講科目の□に○印をしてください。

受講希望日
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 月 日 </div>

- 足場特別教育
- 低圧電気取扱者特別教育
- グラインダ
- ウインチ
- 丸のご等取扱い作業従事者教育

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	

- 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. 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。
 4. 受講の取消は、受講日の前日までにご連絡下さい。

建設業労働災害防止協会愛知県支部 FAX番号	052-242-4440
------------------------	--------------