

移動式クレーン運転士安全衛生教育申込書

1	氏 名		生 年 月 日		※協会使用	
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認	
			平成	年 月 日		
	住所	〒				
2	氏 名		生 年 月 日		※協会使用	
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認	
			平成	年 月 日		
	住所	〒				
3	氏 名		生 年 月 日		※協会使用	
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認	
			平成	年 月 日		
	住所	〒				
4	氏 名		生 年 月 日		※協会使用	
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認	
			平成	年 月 日		
	住所	〒				

年 月 日

事業場名

お申し込み者 所在地 〒

住所

T E L

F A X

連絡者名

※協会使用

受講料	現金	振込
入金日	月	日
写真	有	無

〒400-0212

南アルプス市下今諏訪 610-9

公益社団法人 ボイラ・クレーン安全協会 甲信事務所

TEL:055-287-9511 FAX:055-287-9512

ご記入いただいた「受講者」の個人情報、責任を持って管理し、本講習の目的以外には使用いたしません