**↑↑**

**FAX：06-6582-2645**

平成３１年　　月　　　日

「フルハーネス型墜落制止用器具特別教育」受講申込書

**一般社団法人　西工業会　御中**

　　　　※氏名は略字等を用いることなく正確に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※協会欄 | 氏　　　　名 | 生　年　月　日 |
|  |  | 昭和・平成 　　年 　　月 　　日 |
|  |  | 昭和・平成 　　年 　　月 　　日 |
|  |  | 昭和・平成 　　年 　　月 　　日 |

　　　希望受講日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 平成３１年２月２８日 | □平成３１年３月１２日 | □平成３１年４月２３日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社名 | |  | | |
| 所在地 | | 〒 | | |
| 連絡担当者 | |  | | |
| 連絡担当者所属部署 | |  | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  |

**↑↑**

**ＦＡＸ送信票**

**一般社団法人　西工業会　御中**

**（ＦＡＸ：０６－６５８２－２６４５）**

口座振込連絡票

★下記　全項目　は必ずご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 講習会等名  ※必ずご記入ください。 | 「フルハーネス型墜落制止用器具特別教育」講習会 |
| 講習会日時 | 平成３１年　　月　　日 |
| 振込日 | 平成３１年　　月　　日 |
| 振込人名義 |  |
| 振込金額 | 合計：￥ |

受講料を振込後、当工業会宛にこの連絡票をFAX送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者： | 社名 ： |
|  | 所在地 ： |
|  | 担当者名 ： |
|  | Tel ：　　　　　　　　　　　　　　　　Fax ： |