

受講申込書

(低圧電気取扱者 安全衛生特別教育)

(申込日) 平成 年 月 日

(送付先)

一般財団法人 四国電気保安協会 営業部

FAX:087-826-5783

*印以外は必須

受講希望日	平成 年 月 日 (木)
-------	--------------

【申込者】

ふりがな			
会社名			
所在地	〒 -		
ふりがな		部 課 名	
担当者氏名			
* 貴社業種		T E L	() -
* E-Mail		F A X	() -

【受講者】

ふりがな			
受講者氏名			
自宅住所	〒 -		
生年月日	() 昭和 () 平成	年	月 日
性別	() 男 () 女		
* 資格	() ・第 [] 種電気主任技術者 () ・第 [] 種電気工事士 () ・その他電気関係資格 [] () ・なし		

請求書送付先	() 会社 () 自宅	※ご記入の無い場合は、会社へお送りいたします。
受講票送付先	() 会社 () 自宅	※ご記入の無い場合は、会社へお送りいたします。

※ご記入いただきましたお客さまの情報は、安全衛生特別教育実施の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

(HP用)