

受講申込書

(低圧電気取扱者 安全衛生特別教育)

(申込日) 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	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
* 資格	<input type="checkbox"/> ・第〔 〕種電気主任技術者 <input type="checkbox"/> ・第〔 〕種電気工事士 <input type="checkbox"/> ・その他電気関係資格〔 〕 <input type="checkbox"/> ・なし		

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 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。