

新入者のための安全衛生教育講座受講申込書

受講日		* 受講番号	
(ふりがな)			
氏名			
生年月日	S H 年 月 日 (満才)		
現住所			
勤務先	名称	緊急連絡先	
	所在地	TEL	
		FAX	
		担当者	
		年 月 日	
一般社団法人 白井工業団地協議会 代表理事 駒村 武夫 殿			
事業者 責任者氏名			印

※身分確認のため住所がわかる身分証明証の写し(住所変更は裏面も)を下記に添付してください。

《添付用》