

特定自主検査 実務研修「検査業者業務点検コース」受講申込書

*印欄は支部が記入します。

* 受付番号	
* 受付日	年 月 日
* 登録番号	
* 顧客コード	

ふりがな			
受講者氏名			
生年月日	年	月	日
現住所	〒		
電話番号	TEL	-	-
勤務先	会員番号		
	ふりがな		
	事業所名		
	所在地	〒	
	電話番号	TEL	- -
<p>担当業務について○を付けてください。</p> <p>1. 経営者</p> <p>2. 本社統括責任者</p> <p>3. 検査事務所統轄責任者</p> <p>4. 特定自主検査検査済標章管理者</p> <p>5. 特定自主検査事務担当者</p> <p>6. 特定自主検査検査員</p> <p>7. その他 ()</p>			

申込日 年 月 日

上記のとおり受講を申し込みます。

受講者又は研修担当者職氏名 :

印

公益社団法人 建設荷役車両安全技術協会

愛媛県 支部御中

** ご記入頂いた個人情報につきましては、公益社団法人 建設荷役車両安全技術協会が責任を持って管理し、当協会が実施するその他研修、各種セミナー、講習会、調査等の目的以外に使用することはありません。