

※受付番号

普通第一種圧力容器取扱作業主任者技能講習受講申込書

写真
3.0 ㍉×2.4 ㍉

ふりがな		本 籍 地		
氏 名		都・道 府・県		
生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日生	性 別	男 女
現 住 所	〒 _____ TEL _____			
事 業 場 名		連 絡 担 当 者 名		
事業場所在地	〒 _____	T E L		
		F A X		
備 考				
※修了証番号		※交付年月日		

平成 年 月 日

一般社団法人日本ボイラ協会高知支部 殿

(注)

- ◆※印欄は記入しないでください。
- ◆上欄にご記入いただいた氏名、生年月日等により修了証を発行させていただきますので、正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ◆記載事項等について、問い合わせすることがありますので、9:00~17:00 に連絡可能な電話番号をご記入いただきますようお願いいたします。
- ◆複数受講される場合は、受講申込書をコピーしてお使い下さい。(用紙サイズ、様式変更不可)
- ◆ご記入いただいた個人情報につきましては、当支部が責任を持って管理し、本講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。