


安全技術普及会事務局宛
 E-mail: entry@d-sostap.or.jp
 F A X 03-5769-0776

講習会申込書

お申し込み日	2019年 月 日	
講習名	C4「リスクアセスメント演習」講習会	
開催日と開催地	2019年9月13日(金)「きゅりあん 4階 第1特別講習室」	
貴社名		
貴事業所名		
所在地	〒	
連絡担当者	氏名	所属
	電話	F A X
	E-mailアドレス	
受講者	氏名(フリカナ)	所属・役職名
受講費	銀行振込 月 日 振込予定(必ず記入して下さい) (受講費は受講日の10日前までにお振込み下さい。) ※万一お振込みが遅れる場合はお手数ですが事務局までご一報ください。	
銀行振込先	名義人 一般社団法人 安全技術普及会 銀行名 三菱UFJ銀行 大井支店 口座名 普通 口座番号 0230270	

受講票

安全技術普及会事務局で必要事項確認のうえ、折り返し受講票を連絡担当者にご連絡致します。

受講者(参加者)氏名	
講習会名称	C4「リスクアセスメント演習」
開催日と開催地	2019年9月13日(金)「きゅりあん4階 第1特別講習室」
事務局確認	月 日 事務局印

* お手数ですが上記項目に該当する箇所すべてにご記入下さい。

* 受講者には修了証を発行致しますのでお名前は間違いのないようにご記入下さい。