



# 動カプレス業務に係る特別教育(学科のみ)申込用紙・証明書

事業場所在地	(〒 - )			
事業場名・証明				印
連絡先	TEL	FAX	担当者 係 氏名	
ふりがな 受講者氏名	生年月日		現住所	※受講者番号 修了証番号
	S 年 月 日 H		(〒 - )	
	S 年 月 日 H		(〒 - )	
	S 年 月 日 H		(〒 - )	
	S 年 月 日 H		(〒 - )	
	S 年 月 日 H		(〒 - )	
講習年月日	平成 30 年 11 月 6 日			
会場	須恵町地域活性化センター			
※  講習者 証明欄	上記の特別教育講習学科の課程を修了した事を証明します。 <p style="text-align: right;">平成 30年 11月 6日</p> <p style="text-align: center;">福岡中央労働基準協会長 印</p>			

★ ※の箇所は記入しないで下さい。

★本申請書にご記入いただいた氏名、生年月日、住所、連絡先等の個人情報につきましては、講習会の目的以外での利用はいたしませんのでご了承ください。

送付先: **福岡中央労働基準協会**

福岡市中央区赤坂1-7-23 赤坂弁護士ビル5F

TEL 092-711-9132 ・ FAX 092-731-8839