**FAX 058-215-5872**

 ※受付No.２０２０－

**受講申込書〔短縮コース（９：３０開始）〕**

　令和　　　年　　月　　日記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講座名 | **足場の組立て等業務****特別教育講師養成講座** | 開催日 | ２０２０年　　　月　　　日 |
| 会場名 | 新大阪　丸ビル新館　　　　号室 |
| ふりがな |  |
| 受講者氏名 |  | 生年月日 | Ｓ/Ｈ　　・　　・　　・ |
| ふりがな事業所名（個人申込の場合は記入不要） |  | 性別 | 男　　・　　女 |
|  | 所属部課名 |  |
| 既受講日（フルハーネスの受講日） | Ｒ　・　　・　　 | ＴＥＬ |  |
| メールアドレス |  | ＦＡＸ |  |
| 実務・指導 | 実務または指導の経験　　　　　　年　　　　か月 |

|  |
| --- |
| **← 連絡担当者が別にみえる場合は (✓)し、以下をご記入ください。** |
| **担当者** | ふりがな申込担当者 | 　 | 所属部課名 | 　 |
| 　 |
| **ＴＥＬ** |  | **ＦＡＸ****※　受付後にFAXを送信しますので正確にご記入下さい** |  |

■連絡事項

　①受講料は、下記口座にお振り込みいただくか、当日ご持参し、お渡しください。

　　なお、当日ご持参の場合には、封筒に代金を入れ、受講者名を記載してお渡しください。

　②受講料の振り込み先は、次のとおりです。（**受講料は、１２，８００円です。**）

　　【振込先】大垣共立銀行　島支店（１２０）　普通０２５３５４０　カ．テクノリアライズ

■当日の持参品

　筆記用具（シャープペン、ボールペン、蛍光ペン等）、受講票（服装は自由です。）

■修了証の発行

　指定の時間を受講された方には、修了証を発行いたします。（受講料未払い者には、発行いたしません。）

切り取らないでください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受****付****印** |  | 受 講 票研修修了時にご提示ください問合せ先：（株）テクノ・リアライズTEL 058-215-5871 / FAX 058-215-5872 |

※開催日、受講者氏名および研修室をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受****講****内****容** | 講 座 名 | 足場の組立て等業務特別教育講師養成講座（短縮コース） |
| 受講番号 | 　　２０２０－ | ふりがな受講者氏名 |  |
| 開 催 日 | ２０２０年　　月　　日 ９：３０～ | 開催場所 | 新大阪　丸ビル新館　　　　　号室 |