

受講申込書

FAX 058-215-5872

※受付 No. 2020-

令和 年 月 日記入

講座名	フルハーネス取扱作業 特別教育講師養成講座	開催日	2020年 月 日
ふりがな 受講者氏名		会場名	新大阪 丸ビル新館 号室
ふりがな 事業所名 <small>(個人申込の場合は記入不要)</small>		生年月日	S/H . . .
勤務先所在地 <small>(個人申込の場合は自宅住所)</small>	〒	性別	男 . 女
メールアドレス		所属部課名	
実務・指導	実務または指導の経験	TEL	
		FAX	
		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、お渡してください。
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てください。
- ②受講料の振り込み先は、次のとおりです。(受講料は、24,800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	フルハーネス取扱作業特別教育講師養成講座		
	受講番号	2020-	ふりがな 受講者氏名	
	開催日	2020年 月 日 (開講 8:50)	開催場所	新大阪 丸ビル新館 号室