

年 月 日

## 受講申込書

○ 申込コース名 \_\_\_\_\_ 年 月 日の \_\_\_\_\_ コース

○ 住 所 \_\_\_\_\_

○ 会 社 名 \_\_\_\_\_

○ 代 表 者 名 \_\_\_\_\_

○ 担 当 者 名 \_\_\_\_\_

< 役 職 > \_\_\_\_\_

○ 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

○ F A X 番 号 \_\_\_\_\_

○ 当研修センターまでの地図 必 要 ・ 不 必 要 (どちらかに○印をご記入ください。)

| ふりがな<br>氏 名 | 所属店所名 | 生年月日 | 免許種別           | 前日<br>宿泊  |
|-------------|-------|------|----------------|-----------|
|             |       | 生    | 普通 大型<br>中型 牽引 | する<br>しない |
|             |       | 生    | 普通 大型<br>中型 牽引 | する<br>しない |
|             |       | 生    | 普通 大型<br>中型 牽引 | する<br>しない |
|             |       | 生    | 普通 大型<br>中型 牽引 | する<br>しない |
|             |       | 生    | 普通 大型<br>中型 牽引 | する<br>しない |

- ※ 所属店所名の欄には、支店・営業所からの受講者の方のみご記入ください。
- ※ 本用紙へのご記入内容につきましては、四国交通共済協同組合が開催する研修・診断のために使用させていただきますことをご通知申し上げます。
- ※ 後日、受講もしくは受診証明書等をお送りしますので、担当者名並びに役職名を必ずご記入ください。

— 研修・診断についての詳しい内容・お問い合わせは

四国交通共済協同組合 安全対策部 まで —

TEL : 0877-44-4416

FAX : **0877-44-3390**

<http://www.yonkokyo.or.jp/>