

平成 年 月 日

受講・受診申込書

○ 申込コース名 平成 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 氏 名 | 所属店所名 | 生年月日 | 免許種別 | 前日 宿泊 |
|-------------|-------|------|----------------|-----------|
| | | 生 | 普通 大型 中型 牽引 | する しない |
| | | 生 | 普通 大型 中型 牽引 | する しない |
| | | 生 | 普通 大型 中型 牽引 | する しない |
| | | 生 | 普通 大型 中型 牽引 | する しない |
| | | 生 | 普通 大型 中型 牽引 | する 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/>