

「第一種圧力容器定期自主検査基準」研修会 申込書

令和6年8月

FAX 043-246-4754

NO.

事業所名		会員・会員外 (該当に○印)
------	--	-------------------

所在地	〒
-----	---

NO	フリガナ 受講者氏名	生年月日	※受講番号
1		昭和 平成 年 月 日生	
2		昭和 平成 年 月 日生	
3		昭和 平成 年 月 日生	
4		昭和 平成 年 月 日生	
5		昭和 平成 年 月 日生	

申込担当者 氏名		連絡先 TEL	
-------------	--	------------	--

※受講番号は事務局で記入

☆ ご記入いただきました個人情報につきましては、当支部が責任を持って管理し本講習の的確な実施のみに利用させていただきます。

[

振替払込請求書
兼受領証(写し)

ATMでの振込は
ご利用明細票の写し

]

貼付欄