受講希望日 (受講開始日)	令和　　年　　月　　日

□ 交 通 危 険 予 知 訓 練 （ Ｋ Ｙ Ｔ ） 講 習
□ 交通労働災害防止を担当する管理者のための講習
□ リスクアセスメント研修

受講申込書

修了証台帳

↑　申し込みする講習に☑する

受講者名	ふりがな		※受付番号	※修了証番号	※交付年月日	※備考
	氏　名					
	ふりがな		※受付番号	※修了証番号	※交付年月日	※備考
	氏　名					
	ふりがな		※受付番号	※修了証番号	※交付年月日	※備考
	氏　名					

申込日　　令和　　年　　月　　日

申込者氏名　　㊞

振込日	月　　日　予定

茨城県支部加入の是非　該当に○印	会員	非会員

陸上貨物運送事業労働災害防止協会茨城県支部長　殿

事業所所在地 〒

事　業　所　名

担 当 者 氏 名

連絡先ＴＥＬ

（注）※以外は申込者において全部記載すること。
当申込書に記載された受講者の情報(個人情報)は講習業務以外には使用しません。
※　氏名欄に旧姓等を併記する場合は、旧姓等を併記した住民票、または自動車運転免許証（写）等、旧姓等を証明できる書類を添付してください。