

# 受講申込書

(低圧電気取扱者 安全衛生特別教育)

(申込日) 平成 年 月 日

(送付先)

(財)四国電気保安協会 事業部

FAX:087-826-5783

\* 印以外は必須

受講希望日	平成 年 月 日(火)
-------	-------------

## 【申込者】

ふりがな			
会社名			
所在地	〒 -		
ふりがな		部 課 名	
担当者氏名			
* 貴社業種		T E L	( ) -
* E-Mail		F A X	( ) -

## 【受講者】

ふりがな		部 課 名	
受講者氏名			
自宅住所	〒 -		
生年月日	( )昭和 ( )平成 年 月 日		
性 別	( )男 ( )女		
資 格	( )・第[ ]種電気主任技術者 ( )・第[ ]種電気工事士 ( )・その他電気関係資格[ ] ( )・なし		

請求書送付先	( )会社 ( )自宅	※ご記入の無い場合は、会社へお送りいたします。
受講票送付先	( )会社 ( )自宅	※ご記入の無い場合は、会社へお送りいたします。

※ご記入いただきましたお客さまの情報は、安全衛生特別教育実施の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

(HP用)