

FAX 0 2 9 - 2 4 4 - 4 4 6 3

(一社) 茨城県福祉サービス振興会 行

2019年度リフトリーダーフォローアップ研修

リフトインストラクター認定試験 申込書

【申込日】 2019年 月 日

*お名前は修了証作成の基本となりますので、楷書でフリガナもお忘れなくご記入願います

フリガナ				性 別	男・女
氏 名					
*受講決定は FAX でお送りします <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 個人 (いずれかにチェック)					
住 所	〒				
TEL			FAX		
緊急連絡先 (携帯番号)	*急な変更時に連絡可能な番号				
勤務先名					
お持ちの資格					
受講条件	リフトリーダー養成研修修了日 平成 年 月 日		修了証書番号 第 L号		

*お預かり致しました個人情報、個人情報保護法を順守し、研修の受講者管理、修了証の作成、次回研修等の連絡のみに使用いたします。

*定員超過の場合は、お断りさせていただく場合もありますのでご了承ください。