

2026年 月 日

受講希望者届

※太枠内をご記入ください

1.事業所

住 所	〒
事業所名	
事業所 電話番号	
連絡担当者 氏 名	

2.受講希望者数

1.資格取得研修 検査業者検査員研修 フォークリフトコース 2026年7月2日・3日・4日	名

3.提出先（FAXで可）

〒860-0845

熊本市中央区上通町7-32 蚕糸会館3F

公益社団法人 建設荷役車両安全技術協会 熊本県支部

TEL 096-356-6323 FAX 096-356-6325

この用紙を提出された事業所宛に申込書を送付致します。