

低圧電気取扱作業従事者特別教育受講申込書

平成 年 月 日 開催

事業場名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
担当者氏名			
受講票送付先	※受講票送付先が上記住所と異なる場合に記入して下さい 〒		

(ふりがな) 受講者氏名	生年月日	備考
	昭・平	
	昭・平	
	昭・平	
	昭・平	
	昭・平	

CPDS・CPD 申請希望者は備考欄に記入して下さい。

尚、申請希望者は、CPDS 技術者証を講習当日持参下さい。

※ 誤りのないよう正確に記入して下さい。また、記入していただいた氏名・生年月日等の情報は、この教育の事業以外では一切使用いたしません。

※ 講習初日の7日前以後の取消しについては、理由の如何にかかわらず、受講料は返還いたしません。

元請事業場が建災防金沢分会に加入している場合は、テキスト代の助成が受けられる場合があります。その場合は、下記に元請事業場の承認を受けて下さい。

元請事業場名

印