(一社)岩手県火薬類保安協会
FAX 019-652-3765

保安手帳講習会受講申込書

※受講希望日に○をして下さい

10/24(金)	11/20(木)	12/5(金)

申込日　　年　　月　　日

事業所所在地 事業所名 (個人の方は 住所　氏名 日中ご連絡先 TEL)	(〒　　－　　)　　※ 該当する方に○をして下さい 会員 / 非会員 …… …… ご担当者部署名 TEL＿＿＿＿＿＿＿＿FAX＿＿＿＿＿＿＿＿ご担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿

ご希望の受講票 FAX 送信先　(または郵送先)が　上記と異なる場合　ご記入下さい
(〒　　－　　)

ご担当者部署名
TEL＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿　ご担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな 氏名	手帳交付年月日 (手帳1ページ最上段)	保安手帳番号	CPDS 受講証明書 希望
……	年　月　日	□□ ㊗ 号	有・無
……	年　月　日	□□ ㊗ 号	有・無
……	年　月　日	□□ ㊗ 号	有・無
……	年　月　日	□□ ㊗ 号	有・無
……	年　月　日	□□ ㊗ 号	有・無

受講料			
	会員	12,400円	名　　円
	非会員	20,600円	

注意　1 会員とは、(一社)岩手県火薬類保安協会に会員登録されている事業所にお勤めの方です。
お勤め先が会員か非会員か不明の場合、所属事業所または当協会にお問い合せ下さい。

2 申込書は受講希望日ごとにご記入下さい。不足の場合はコピーのうえご使用下さい。

◇協会記入欄	郵　振		現　金	