

従事者手帳講習会受講申込書

受講日	10/20(月)
-----	----------

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)	(〒 -)	※ 該当する方に○をして下さい	
		会員	非会員
	TEL _____ FAX _____	ご担当者部署名 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
ご担当者名

TEL _____ FAX _____

ふりがな 氏名	手帳交付年月日 (手帳 1Pの最上段)	従事者手帳番号	該当箇所に○をして下さい			備考
			失効	新規	免許 有・無	
	昭和・平成・令和 年 月 日	号				次回受講期限日 年12月31日
	昭和・平成・令和 年 月 日	号				次回受講期限日 年12月31日
	昭和・平成・令和 年 月 日	号				次回受講期限日 年12月31日
	昭和・平成・令和 年 月 日	号				次回受講期限日 年12月31日
	昭和・平成・令和 年 月 日	号				次回受講期限日 年12月31日
会員	受講料	9,600円	名	円	合計	
	手帳交付手数料	6,600円	名	円		
非会員	受講料	16,000円	名	円	円	
	手帳交付手数料	10,000円	名	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またはそこにお勤めの方です。
2 失効、新規の方で手帳交付ご希望の方は手帳交付手数料が必要になります。

◇ 協会記入欄	郵振		現金	
---------	----	--	----	--