ゼロ災運動(KYT)研修会申込書

受講番号	所属課又は職名	氏　　名	備　　考

上記のとおり申込みます

令和　　年　　月　　日

労働基準協会の会員・非会員の区分　　会　員　　非会員

(〒　　－　　)

事業場所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 場 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　(　　)　　－

連絡担当者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属部課名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿