

有償運送許可のための研修会 受講申込書

平成 年 月 日

一般社団法人長崎県自動車整備振興会 殿

事業者氏名 又は名称	
事業者の住所	
事業場名	※いずれかを○で囲んでください。【会 員・会員外】
事業場所在地 及び連絡先	TEL _____ FAX _____
ふりがな	
受講者氏名	
受講希望会場 希望する日にチェックを つけてください。	<input type="checkbox"/> 長崎(1回目) <input type="checkbox"/> 長崎(2回目) <input type="checkbox"/> 佐世保 <input type="checkbox"/> 壱岐 <input type="checkbox"/> 下五島 <input type="checkbox"/> 対馬 <input type="checkbox"/> 上五島
テキストを希望される方は右の欄に○を記入して下さい。 ※ 未記入の場合、テキストは準備致しませんので、ご注意ください。	
テキスト希望	

振興会業務課 FAX 095-839-6692