

膨脹式救命胴衣等整備技術研修会 参加申込書

平成29年 月 日

一般社団法人 日本船舶品質管理協会
会長 木下和彦 殿

申込者(責任者)
会社名
事業所名
所在地
役職
氏名
電話番号
FAX番号
E-mail

㊟

下記の者を、協会主催の平成29年度膨脹式救命胴衣等整備技術研修会(平成29年9月25日～26日)に参加させたいので、申し込みます。

氏名 (生年月日)	フリガナ (西暦 年 月 日生)		
所属・役職名			
整備技術者証番号	第 号		
職歴	年月～年月	所属及び役職名	職務内容

..... きりとり線

受講票	※受付番号 第 号 平成29年度膨脹式救命胴衣等整備技術研修会 (会場) 東京海洋大学 越中島キャンパス 越中島会館 (期間) 平成29年9月25日～26日		
	事業場名		
	氏名		
	一般社団法人 日本船舶品質管理協会 印		

- 注1. 職歴欄は、受講資格が判断できるように、膨脹式救命胴衣等の整備に関連した業務又は製造業務に従事した期間を含めて記載してください。
注2. 参加者が2名以上の場合、本紙をコピーして使用してください。(申込者(責任者)の欄の記入を省略し、参加者の欄のみを記入してください。)
注3. 本資料に記載される個人情報、今回の講習会に関して使用されるものです。
注4. 受講票についても ※(受付番号)を除き、記入してください