**令和６年度 チェーンソー作業特別教育研修会受講申込書**

　　　　　会 社 名：　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

　　　　　受講票／請求書送信先アドレス：

＜受講者＞

　　　※　下記表にご記入、及び該当するところに○を付けてください。

  **※　修了証に反映しますので、生年月日、住所などお間違えないようお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 | 生年月日 | 現住所等 | 会員/非会員 |
| （ふりがな） | 昭和・平成年　　月　　日 | 〒　　　―　　携帯番号：  | 会　員非会員 |
| （氏名） |
| （ふりがな） | 昭和・平成年　　月　　日 | 〒　　　―　　携帯番号：  | 会　員非会員 |
| （氏名） |
| （ふりがな） | 昭和・平成年　　月　　日 | 〒　　　―　　携帯番号：  | 会　員非会員 |
| （氏名） |
| （ふりがな） | 昭和・平成年　　月　　日 | 〒　　　―　　携帯番号：  | 会　員非会員 |
| （氏名） |

申込送信先：メール：f.doi@tmla.or.jp ／　FAX：03-3462-2805