

オンライン式 再教育講習 受講申込書

公益社団法人愛知県火薬類保安協会

事業所名		* 会員区分	会員	非会員
所在地	〒	ご担当者氏名		
電話番号		ご担当者メールアドレス		

オンライン式 再教育講習 の受講を下記の金額を添えて申込みます

	* 受講料			* 手帳交付手数料		確認欄		
会 員	15,440	円 × 人 =	円	+	6,600	円 × 人 =	円	
非会員	24,600				10,600			
合計金額	円	送金年月日	令和	年	月	日	* 振込先	銀行 郵便振替

※ 受講後、他県で手帳交付申請予定の方は手帳交付手数料は不要です
他県で手帳交付申請をされる場合はこちらに○を入れてください →

証明書

受講番号	フリガナ 受講者氏名	メールアドレス (わかりやすくご記入ください)	協会記入欄	
			申請	手帳番号

【テキスト送付先】

郵便番号	〒
所在地	
事業所名	
部署名	
氏 名	様
電話番号	

- ※

--

 枠内の項目をご記入ください
- ※ *印の項目は該当を○で囲んでください
- ※ テキストを個人宅へ送付希望の方は、【テキスト送付先】の事業所名は空欄にしてください