

様式1

eラーニング受講促進助成事前申込書

年 月 日

(一社) 茨城県トラック協会あて

FAX : 0 2 9 - 2 4 3 - 5 9 3 6

会社名・営業所名 _____

住 所 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

F A X 番 号 _____

協 会 受 付 印

講座名	
(フリガナ) 受講者氏名	
役職名	
生年月日	S ・ H 年 月 日 (才)
講座名	
(フリガナ) 受講者氏名	
役職名	
生年月日	S ・ H 年 月 日 (才)