テールゲートリフター特別教育（学科）講師養成講習

受講申込書

ふりがな		東京都トラック協会 （〇印をご記入ください）
受　講　者 氏　　　名		会員　・　非会員
生年月日	昭和　・　平成　　　　年　　　　月　　　　日	
現　住　所	〒　　　－ TEL	
事業場名	〒　　　－ 所在地 名　称 TEL FAX	
受講者の役職名		