

講習会・研修会受講申込書B

送信先 FAX 052-452-1822

令和 年 月 日

一般社団法人愛知県計量連合会長 殿

申込者（事業所）

（〒 - ） 会員・非会員（いずれかに○印）
住 所

名称又は氏名

連絡先・所属部課名

事務担当者名

TEL

FAX

◇ 適正計量管理主任者研修会（流通事業所の部）（開催日 月 日）

受講者	ふりがな 氏名	所属部署

備考 ・記入欄が不足するときは別紙でお知らせ下さい。
・ご提供いただいた個人情報は、厳重に管理し、当連合会の活動以外には使用いたしません。

◇ 適正計量管理主任者研修会（生産事業所の部）

受講者	開催日（第1回 月 日 第2回 月 日） ふりがな 氏名	所属部署	第1希望	第2希望
				第 回
			第 回	第 回
			第 回	第 回
			第 回	第 回
			第 回	第 回

受講料の請求書発行（適正計量管理主任者研修会（生産事業所の部）について希望の場合のみ記入）

宛名	ア 申込事業者 イ その他（ ）
必要数	ア 申込者全員一括 イ 申込者1名分ずつ
受講料振込	ア 開催案内に記載の指定口座 イ 年会費振込銀行口座→普通 0901055

備考 ・記入欄が不足するときは別紙でお知らせ下さい。
・ご提供いただいた個人情報は、厳重に管理し、当連合会の活動以外には使用いたしません。