

年 月 日

九州トラック交通共済協同組合 行  
(FAX:092-472-5888)

事業所名

担当者名

電話番号

受講証明書送付先住所

〒

## 安全講習会開催要請書(個別)

※契約組合員以外の申込みはできません

当社従業員(運転者)の交通安全意識を高めるため、安全運転講習会を開催して  
頂きたく要請します。

記

開催日時	年 月 日( ) : ~ :
開催場所	
最大受講者数	名
環 境	<input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> 白壁 <input type="checkbox"/> 机 <input type="checkbox"/> 椅子    ※準備ができるものにチェックをお願いします
備 考	

【お問い合わせ先】 安全推進課 TEL:092-451-7865