KYT 実践研修　受講申込書

事業場名			
事　業　場 所　在　地	〒		
電話番号 Fax 番号	（　　）　－　　＊担当者氏名 （　　）　－　　（ ＊　　）		
受　講　料	月　　日　　振込済み ・ 振込予定、 現金（○囲い下さい）		
受講者名（フリカナ）			※ NO,
住　　所	〒		
生年月日・性別	S ・ H　　年　　月　　日		男性　　女性
連絡先（携帯）			
適格請求書発行	希望する	宛名	事業場名　・　個人名
メールアドレス	E-mail：		

（受講者の個人情報は、当協会が責任を持って適正に管理し、二次利用することはありません。）

伊勢労働基準協会長　殿　　FAX 送信先　０５９６－２２－２１８５

切り取り線

KYT 実践研修　受講票

氏　　名		受講番号	※
日　　時	令和７年１０月３１日（金）　午前９時００分～午後４時３０分		
開催場所	三重職業能力開発促進センター　「ポリテクセンター伊勢」：視聴覚教室 連絡先　伊勢労働基準協会　　当日携帯番号：０８０－１６１７－４１３５		
注意事項	１．受付は、始業１０分前までに終えて下さい。 ２．受講票を受付に呈示して下さい。		

受付印	受講済印	＜案内図＞