

FAX (087)-813-4900

(一社)日本産業・医療ガス協会 四国地域本部 事務局 行

「医療ガス安全講習会」受講申込書 高知県会場

開催日	令和6年7月25日(木)13:00~16:10	
事業所名		
受講者	部 課 名	(フリガナ) 氏 名
ご担当者連絡先 (受講票はご担当者 にFAX致しますので 必ずご記入下さい)	住 所：〒 氏 名： TEL： FAX：	
受講料	受講者 名 (受講料：合計 円)	
案内会社		
<p>(この箇所に受講料振込領収書の写しを添付して下さい) 振込領収書が大きい場合は2枚に分かれても結構です。 ネットバンキング等の領収書が出ない場合は振込日、銀行名、振込者名を記載してください。</p>		
<p>振込先：百十四銀行 丸亀支店 口座名義：一般社団法人日本産業・医療ガス協会四国地域本部 シヤ) ニホンサンギョウ イリヨウガスキョウカイ シコクチイキホンブ 口座番号：普通預金 2027837 (振込手数料は受講者様にてご負担願います。) (お申込者の個人情報の取扱について) ※講習会のお申込みに際し、申込書に記載戴いた個人情報は、受付業務に使用致します。 今回収集した個人情報は、ご本人の了解なく意図的に外部に公開・提供することは致しません。</p>		