

お申込みフォーム

申込内容

名称	<input type="checkbox"/> 固定	ゼロ災運動KYTトレーナー研修会(基礎2日間コース)(第11回)
開催日・会場	<input type="checkbox"/> 固定	2024年11月26日～2024年11月27日 矢野産業祇園ビル 講習会場
参加者人数	<input type="checkbox"/> 必須	<input checked="" type="radio"/> 1人 <input type="radio"/> 2人 <input type="radio"/> 3人 <input type="radio"/> 4人 <input type="radio"/> 5人

貴事業場について(参加者の所属事業場)

会社名 事業場名	<input type="checkbox"/> 必須	会社名 事業場名 (全角) ※個人でお申込みの場合は会社名に「個人」とご記入ください
フリガナ	<input type="checkbox"/> 必須	カイシャメイ ジギョウジョウメイ (全角カタカナ) ※個人でお申込みの場合はカイシャメイに「コジン」とご記入ください
所在地	<input type="checkbox"/> 必須	〒 (半角数字 例:000-1234)
		都道府県を選択 ▼ <input type="radio"/> 1:勤務先 <input type="radio"/> 0:自宅
※1 個人でお申込みの場合は自宅住所をご記入ください。 ※2 市区町村からご記入ください。 (全角)		
電話番号	<input type="checkbox"/> 必須	(半角数字 例:000-1234-5678)
FAX番号	<input type="checkbox"/> 必須	(半角数字 例:000-1234-5678)
業種	<input type="checkbox"/> 必須	選択してください ▼
事業場規模	<input type="checkbox"/> 必須	<input type="radio"/> A:50人未満 <input type="radio"/> B:50～99人 <input type="radio"/> C:100～299人 <input type="radio"/> D:300人以上 <input type="radio"/> E:個人
中災防会員について	<input type="checkbox"/> 必須	<input type="radio"/> 正会員又は賛助会員 <input checked="" type="radio"/> 非会員(一般) を選択
		(会員又は賛助会員を選択した場合は、以下の会員番号を入力してください) 会員番号: (半角数字10桁)

参加者 No.1

氏名	<input type="checkbox"/> 必須	姓 名 (全角)
フリガナ	<input type="checkbox"/> 必須	セイ メイ (全角カタカナ)
性別		<input type="radio"/> 1:男性 <input type="radio"/> 0:女性
年代	<input type="checkbox"/> 必須	<input type="radio"/> 10代 <input type="radio"/> 20代 <input type="radio"/> 30代 <input type="radio"/> 40代 <input type="radio"/> 50代 <input type="radio"/> 60代以上
所属部署・役職名 (各最大15文字)		所属部署: 役職:
電話番号		(半角数字 例:000-1234-5678)
FAX番号		(半角数字 例:000-1234-5678)
メールアドレス		(半角英数字)

連絡担当者

参加者 参加者No.を選択 ▼ と貴事業場の所在地の入力内容を連絡担当者にごコピー(または任意の連絡担当者を入力)

氏名	<input type="checkbox"/> 必須	姓 名 (全角)
フリガナ	<input type="checkbox"/> 必須	セイ メイ (全角カタカナ)
所属部署・役職名 (各最大15文字)		(参加者と所属部署が異なる場合はご記入ください) 所属部署: 役職:
所在地	<input type="checkbox"/> 必須	〒 (半角数字 例:000-1234)
		都道府県を選択 ▼ <input type="radio"/> 1:勤務先 <input type="radio"/> 0:自宅
※1 個人でお申込みの場合は自宅住所をご記入ください。 ※2 市区町村からご記入ください。 (全角)		
電話番号	<input type="checkbox"/> 必須	(半角数字 例:000-1234-5678)
FAX番号	<input type="checkbox"/> 必須	(半角数字 例:000-1234-5678)
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 必須	(半角英数字) (間違いが多くなっていますので、十分に注意して入力してください)

参加費について

入金予定日		▼ 月 ▼ 日
支払い方法	<input type="checkbox"/> 必須	<input type="radio"/> 1:銀行振込 <input type="radio"/> 3:現金書留 (各種手数料は貴社にてご負担願います)
請求書		<input checked="" type="radio"/> 0:希望しない <input type="radio"/> 1:希望する

	請求書宛名 (事業場と異なる場合記入してください)	(全角)
領収書	※金融機関から発行される振込受領証を領収書に代えさせていただきます。 なお、別途必要な方は通信欄にご記入ください。	
アンケート 必須		
この研修会をどのように知りましたか？		
<input type="radio"/> 1. 中災防の研修案内(パンフレット・メールマガジン等)	<input type="radio"/> 2. 中災防雑誌	<input type="radio"/> 3. 中災防ホームページ
<input type="radio"/> 4. 労働基準協会HP、パンフ等	<input type="radio"/> 5. 会社からの指示	<input type="radio"/> 6. その他
6. その他を選択した場合は、下記に内容を入力して下さい。		
通信欄: その他、ご意見、ご要望、質問等をご自由にご記入ください(最大300文字)		
<p style="color: red; font-size: 1.2em;">「<u>基準協会員</u>」 と記入</p>		
個人情報について		
ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任をもって管理し、お申しいただいたサービスの的確な提供のために使用するほか、当協会が行う各種セミナー、出版する図書、コンクールへの応募推奨、アンケートのご案内、その他公益的な観点からの情報の提供等に利用することがあります。個人情報の二次利用に同意されない場合は、下記にチェックを入れてください。		
<input type="checkbox"/> 同意しない		