

年 月 日

九州トラック交通共済協同組合 行

事業所名

部署・担当者名

連絡先電話番号

受講証明書送付先住所

〒

安全運転講習会参加申込書

地域名

日時

会場

参加人数

月 日 () 時 分開始

名

※自動車共済のご契約をいただいている組合員様が
対象の講習です。契約組合員様以外の受講は出来
ません。

積極的な参加受講をお願いいたします。

【お問い合わせ先】

九州トラック交通共済協同組合 営業部 安全推進課

TEL 092-451-7865

FAX 092-472-5888