

別 紙

山梨県 交通対策推進協議会 行

〒400-8501

甲府市丸の内1-6-1

TEL 055-223-1353 FAX 055-223-1692

出張「交通安全チャイルドシート講習会」申込書

申 込 日 令 和 年 月 日

1	団 体 名	
2	代 表 者 名	
3	所 在 地	
4	会 場	(開催場所が所在地と違う場合にご記入下さい)
5	電 話 番 号	
6	F A X 番 号	
7	実施希望日時	第1希望 令 和 年 月 日() 時 分 ～ 時 分 第2希望 令 和 年 月 日() 時 分 ～ 時 分 第3希望 令 和 年 月 日() 時 分 ～ 時 分
8	参 加 予 定 者	
9	人 数	
10	備 考	(実施予定日に他の行事があるときには、その内容と、講習会についてのおおよその時間配分をご記入ください) 担当者氏名 ()

※ 申込み数の多い場合には、調整により決定させていただきますのでご承知置き願います。
(日程調整がつかない場合、次回お申し込みの機会に、優先等の配慮をさせていただきます。)