

平成 年 月 日

# 消防職員安全衛生管理研修会 ( 会場) 受講申込書

平成 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

(一財)地方公務員安全衛生推進協会 研修課 あて

(FAX 03-3230-2266)

(連絡担当者)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

地方公共団体名

部・課名

氏 名

電 話 番 号 ( )

E-mail @

標記研修会の出席者は、下記のとおりです。

記

| 消防本部名及び課名 | 職 名 | 氏 名 | 資 格 |
|-----------|-----|-----|-----|
|           |     |     |     |
|           |     |     |     |
|           |     |     |     |
|           |     |     |     |
|           |     |     |     |
|           |     |     |     |

(注) 資格欄には、該当するものを記入してください。

※受講者が6名以上の場合は、別途一覧表(任意様式)を作成していただいても結構です。

【例】安全管理者、衛生  
管理者、安全衛生推進  
者、〇〇作業主任者等

受講票の送付先を  
ご記入願います。→

※連絡担当者と同じ  
場合はご記入いた  
だなくて結構です。

住 所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

地方公共団体名

所 属

氏 名

\_\_\_\_\_ 様

※個人情報について

受講申込書に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、お申し込みいただいた研修会の的確な実施のために使用します。