

注) 楷書で明瞭に記入してください。

年 月 日

消防職員安全衛生管理研修会 (会場) 受講申込書

年 月 日 () ~ 月 日 ()

一般財団法人 地方公務員安全衛生推進協会 研修課 あて

(F A X 0 3 - 3 2 3 0 - 2 2 6 6)

(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
かなくて結構です。

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。