

注) 楷書で明瞭に
記入してください。

年 月 日

共通受講申込書

(除く、安全衛生推進者養成講習会)

研修会名： _____ (_____ 会場)

開催日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 年 _____ 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 (FAX 03-3230-2266)

(連絡担当者)

(〒 _____)

住 所 _____

団体名 _____

所 属 _____ 職名 _____

氏 名 _____ ふりがな _____

TEL _____ 内 (_____)

FAX _____

E-mail _____ @ _____

下記のとおり受講を申し込みます。

記

所属 (課まで)	職 名	氏 名	資格

※資格欄には、次に該当する資格を保有する場合は、資格名を記入してください。

産業医・保健師・看護師・安全管理者・衛生管理者・安全衛生推進者

※受講者が4名以上の場合は、別途一覧表を作成していただいても結構です。

受講票の送付先をご記入下さい。(連絡担当者と同じ場合は、記入不要)



<通信欄>

ここは衛生管理者受験講習会のみご記入下さい。

衛生管理者受験講習会の受講料は、研修終了後に当協会から
請求書を連絡担当者あてに送付しますので、後日、お振り込み
下さい。

請求書の宛名を下欄にご記入ください。

—請求書宛名記入欄—

(例：〇〇〇市長)

〒 _____

住 所 _____

団体名 _____

所 属 _____

氏 名 _____

※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講習会の
的確な実施のために使用します。