

注) 楷書で明瞭に記入してください。

令和 年 月 日

消防職員安全衛生管理研修会 (会場) 受講申込書

令和 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 () 内 ()

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。

【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。

○受講票は連絡担当者様宛に
まとめて送付します。

○連絡担当者様以外の送付を
希望される場合は、こちらへ
ご記入ください。 →

(〒 -)

住 所 _____

地方公共団体名 _____

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研修会の的確な実施のために使用します。