

注) 楷書で明瞭に
記入してください。

令和 年 月 日

安全衛生推進者養成講習会 受講申込書

令和 年 月 日 () ~ 月 日 () (会場:)
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 _____ - _____

E-mail _____ @ _____

下記のとおり受講を申し込みます。

記

所属 (課まで)	ふりがな 氏 名	生年月日	自宅住所	前方席 希 望
		西暦 年 月 日	〒 -	
		西暦 年 月 日	〒 -	
		西暦 年 月 日	〒 -	

※資格取得のための講習につき、受講者の氏名、生年月日(西暦)、自宅住所を正確に全てご記入ください。

また座席は指定させていただきます。前方席ご希望の方は希望欄に○印をご記入ください。

※出席者が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ください。(連絡担当者と同じ場合は、記入不要)



<通信欄>

安全衛生推進者養成講習会の受講料は、講習会終了後に当協会から請求書を連絡担当者あて送付しますので、後日、お振り込みください。

請求書の宛名を下欄に必ずご記入ください。

—請求書宛名記入欄— (例: ○○○市長)

【備考】朱肉・見積書等のご要望がありましたらご記入ください。

〒 - _____

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確な実施のために使用します。