

注) 楷書で明瞭に
記入してください。

令和 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：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 宛 (FAX 03-3230-2266)

《メールで申込む場合》 E-mail : kenshuka@jalsha.or.jp (申込書はHPからダウンロードできます。)

※件名は「〇〇研修会の申込み」などとしてください。

※申込受付完了の返信メールは送信しません。

※研修会開催日のおよそ2週間前に「受講票」を郵送します。

(連絡担当者)

(〒 _____)

住 所 _____

団体名 _____

所 属 _____ 職名 _____

氏 名 _____ ふりがな _____

T E L _____ - _____ - _____

F A X _____ - _____ - _____

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ください。(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ください。

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宛てに送付しますので、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：〇〇〇市長)

【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的確な実施のために使用します。

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 宛 (FAX 03-3230-2266)

《メールで申込む場合》 E-mail: kenshuka@jalsha.or.jp (申込書はHPからダウンロードできます。)

※件名は「安全衛生推進者養成講習会の申込み」としてください。

※申込受付完了の返信メールは送信しません。

※研修会開催日のおよそ2週間前に「受講票」を郵送します。

(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宛て送付しますので、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実な実施のために使用します。