

注) 楷書で明瞭に
記入してください。

令和4年度
病院等における安全衛生管理対策研修会受講申込書 (東京会場)

令和4年9月30日 (金)

令和4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)

《メールで申込み場合》

E-mail: kenshuka@jalsha.or.jp

※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。

(申込書はHPからダウンロードできます。)

(連絡担当者)

〒 _____

住 所 _____

団体名 _____

所 属 _____

職 名 _____

氏 名 _____

TEL () _____

E-mail _____@

標記研修会への出席者は、下記のとおりです。

記

所属 (課まで)	職 名	氏 名	資 格

※資格欄には、下記に該当するもの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・その他 ()

※出席者が4名以上の場合は別に一覧表を作成していただいても結構です。

受講票の送付先を記入してください。

(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 _____

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。