

| | |
|-------|--|
| ※受付番号 | |
|-------|--|

安全衛生推進者能力向上教育 受講申込書

※印欄は記入しないで下さい。

| | | | |
|--------|---|------------|--|
| 地区協会 | 会 員 ・ 非会員 <small>(いずれかに○印をして下さい)</small> | | |
| 事業場名 | | | |
| 事業場所在地 | 〒 _____ | 連絡 担当者名 | |
| | | T E L | |
| | | F A X | |

| | | | |
|-------|--|-----|-------|
| ふりがな | | | |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 昭 和 平 成 年 月 日生 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 現 住 所 | 〒 _____ <div style="text-align: right;">Tel</div> | | |
| 備 考 | | | |

平成 年 月 日

一般社団法人高知県労働基準協会連合会 殿

- ◆受講申込書に基づき修了証を発行させていただきますので、正確にご記入下さいますようお願いいたします。電話番号は、**9:00~17:00**に連絡可能な番号をご記入下さい。
- ◆複数受講される場合は、コピーしてお使い下さい。(用紙サイズ、様式変更不可)
- ◆申込先 FAX 番号は、**088-861-5567**です。
- ◆ご記入いただいた個人情報につきましては、当連合会が責任を持って管理し、本講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。

| | | | |
|---|-------|--|-------|
| ※ | 修了証番号 | | 交付年月日 |
|---|-------|--|-------|