

※受付番号	
-------	--

安全衛生推進者養成講習 受講申込書

※印欄は記入しないで下さい。

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	〒 _____ TEL _____		

事業場名			
事業場所在地	〒 _____	連絡 担当者名	
		TEL	
		FAX	
備考			

平成 年 月 日

申込者氏名 _____

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のみ利用させていただきます。

※	修了証番号	交付年月日
---	-------	-------