※受付番号	

（　）第一種

衛生管理者能力向上教育　受講申込書

（　）第二種

※印欄は記入しないで下さい。

地区協会	会員　・　一般　（いずれかに○印をして下さい）		
事業場名			
事業場所在地	〒	連絡担当者名	
		TEL	
		FAX	

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
現住所	〒 TEL
備考	

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	