

※受付番号	
-------	--

衛生管理者能力向上教育 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	〒		
		Tel	
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
---	-------	--	-------