

※受付番号	
-------	--

～取扱い事業場向け～  
化学物質管理者講習に準ずる講習 受講申込書

※印欄は記入しないでください。

いずれかに○印	開催日	講習会場
	令和7年5月30日(金)	高知県立地域職業訓練センター
	令和7年9月17日(水)	高知県立地域職業訓練センター

地区協会	会 員 ・ 一 般	(いずれかに○印をしてください)	
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	年	月 日 生
	平 成		
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、正確にご記入くだ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ください。
- ◆複数受講される場合は、コピーしてお使いください。(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使用させていただきます。

※	修了証番号	交付年月日	
---	-------	-------	--