|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

保護具着用管理責任者教育　受講申込書

※印欄は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| いずれかに〇印 | 開 催 日 | 講習会場 |
|  | 令和７年　６月２７日（金） | 高知県立地域職業訓練センター |
|  | 令和７年１０月２７日（月） | 高知県立地域職業訓練センター |

|  |  |
| --- | --- |
| 地 区 協 会 |  会　員　　・　　一　般　　　　　　　（いずれかに〇印をしてください） |
| 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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 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 |  |