※受付番号	

安全衛生推進者養成講習　受講申込書

（　　月分）

※印欄は記入しないでください。

ふ り が な	
氏　　名	
生 年 月 日	昭和 平成　　年　　月　　日生
現　住　所	〒 TEL

事 業 場 名			
事業場所在地	〒	連　絡 担当者名	
		ＴＥＬ	
		ＦＡＸ	
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利用させていただきます。

※	修了証番号		交付年月日	