

※受付番号	
-------	--

()第一種

衛生管理者能力向上教育(定期又は随時) 受講申込書

()第二種

※印欄は記入しないでください。

地区協会	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 一 般 <small>(いずれかに○印をしてください)</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	年	月 日 生
	平 成		
現 住 所	〒 _____ <div style="text-align: right;">TEL</div>		
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	
---	-------	--	-------	--