|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

（　　）第一種

　　　　　　　　　　衛生管理者能力向上教育　受講申込書

（　　）第二種

※印欄は記入しないで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 地区協会 | 会 員　　　・　　　一 般　　　　　　　　　　　　（いずれかに○印をして下さい） |
| 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 | 　年　　　月　　　日生　　昭 和平 成 別 |
| 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 |  |