

「安全衛生推進者養成講習」受講申込書

(令和8年11月17日～18日)

記入年月日 年 月 日

受講者	フリガナ		生年月日 (才) 西暦 年 月 日
	氏 名		
	旧姓または通称表記希望の方はご記入下さい(※1をご確認ください) 旧姓： 通称：		電話 — —
	現住所 〒 — 都道 市 府県 郡		※ 昼食は各自でお持ちください
	免除資格のある場合○を付して下さい 衛生管理者・安全管理者 その他 () (※2をご確認ください)		
事業場 (※3)	会 社 名		
	代表者職氏名		
	所在地 〒 — 都道 市 府県 郡	電話 FAX E-mail	
	連絡担当者	様(部署名：)	
	備 考		

(※1) 戸籍抄本、旧姓を表記した住民票(市町村が発行した原本でマイナンバーの記載のないもの)等、公的機関の証明書で、旧姓または通称が確認できるものを予め郵送または FAX でお送りください。

(※2) 科目免除となる資格証の写しを事前に郵送または FAX でお送りください。

(※3) 個人でお申し込みの方は記入不要です。

お支払いについて : ☐振り込み(月 日予定) / ☐現金書留

※ お支払いは受講日の10日前までにお願いします。