

（科目免除あり）「安全衛生推進者養成講習」受講申込書
（令和 8 年 1 1 月 1 7 日～1 8 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 日前までをお願いします。