

※受付番号・・・No.

受講希望日 (受講開始日)	令和 年 月 日
------------------	----------

安全衛生推進者能力向上教育講習（初任時）

受講申込書

修了証台帳

(ふりがな) 氏 名			
旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無（いずれかを○で囲む） 有／無			
併記を希望する 氏名又は通称			
生年月日	年 月 日		
現住所	〒 TEL		
勤務先	所在地	〒	
	名称	TEL	
受講票送付先（○印を記載）		現住所・勤務先	

請求書 有（一括・個別） / 無

申込日 令和 年 月 日

領収書 有（一括・個別） / 無

申込者氏名

印

振込日	月 日 予定	茨城県支部加入の 是非 該当に○印	会員	非会員
-----	--------	----------------------	----	-----

（注）※以外は申込者において全部記載すること。

当申込書に記載された受講者の情報（個人情報）は講習業務以外には使用しません。

※下の欄は当協会で記入致します。

修了証番号		交付年月日	年 月 日
書換又は 再交付	書替・再交付	年 月 日	
	書替・再交付	年 月 日	

※ 氏名欄に旧姓等を併記する場合は、旧姓等を併記した住民票、または自動車運転免許証（写）等、旧姓等を証明できる書類を添付してください。