

※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		〒  T E L	
勤務先	所在地	〒	
	名 称	T E L	
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。