

※

受付番号

特定化学物質及び四アルキル鉛等作業主任者技能講習 受講申込書

写 真
1枚をのりづけ
縦3.0cm×横2.4cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

受講年月日	令和 年 月 日～ 年 月 日				
ふりがな				生年月日	S H 年 月 日生 R (満 歳)
氏 名					
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	有 無		併記を希望する 氏名又は通称		
住 所	〒□□□-□□□□ 注) 共同住宅の場合は、建物名・部屋番号を記入して下さい。				
	TEL - - (携帯) - -				
勤 務 先	所 在 地	〒□□□-□□□□			
	事業所名				
	担 当 者	TEL	- -		
		FAX	- -		

注意事項を確認の上、表記技能講習の受講を申し込みます。

(株)安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

申請日	令和 年 月 日	申 請 者 (受講者本人)	
-----	----------	------------------	--

※

講習事務 管理者名	受付担当者

注意

- 注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。
注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。
注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。
注4) 写真1枚(上3分身無帽 縦3.0cm×横2.4cm)を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。
注5) 遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)
注6) 本申込書にご記入いただいた個人情報、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
注7) 本人確認書類(免許証のコピー等)を添付して下さい。
注8) 納付後の受講料は、お返しできません。日程をよく調整した上でお申し込み下さい。