

FAX 03-3453-9647

(一社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

安全衛生推進者養成講習会受講 申込書・受講票

A 2019年10月17日(木)・18日(金)開催 申込希望日に○をつけてください。

B 2019年11月21日(木)・22日(金)開催

2019年 月 日

受講者 事項欄	現住所	〒		
	氏名	( 才 )	生年月日 [必須]	昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生
	日中連絡先 電話番号			
	FAX [必須]	※入金確認後、受講票に代えて、この用紙を FAX いたしますので、ご記入願います。また、当日、必ずご持参ください。		
	E-mail	※受講票をメールでの受取りをご希望の方はメールアドレスをご記入ください。 @		
	受講番号	《当会記入欄》		
	費用	受講料 12,000円	送金予定日 月 日頃	
事業場 事項欄	所在地	〒		
	名称		部課名	
			申込担当者名	
	TEL/FAX	TEL	/FAX	

注 修了証作成のため、氏名、生年月日は楷書で正確に記入してください。

領収証希望 なし ・ あり (宛名 ; )

※ 領収証を希望された方は、研修会当日お渡し致します。

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入いただいた個人情報につきましては、当会が責任を持って管理し、申込みいただいた講習会の実施にのみ使用いたします。