

FAX 03-3453-9647

(社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

### 労働安全衛生マネジメントシステム (担当者) 研修申込書

参加される会場・演習コースに○をつけてください。

会場		開催日	演習コース	
東京		10月16日(木) 10月17日(金)	製造業	建設業
大阪		11月13日(木) 11月14日(金)	製造業	建設業
住所	〒			
(ふりがな) 氏名				
電話				

※ 領収証希望      あり      なし

※ 領収証を希望された方は、研修会当日お渡し致します。