

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		11月5日 (木) 11月6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。