

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監査員養成研修受講申込書

研修会名・コース・参加料に○をつけてください。

研 修 会 名	演習希望コース	参 加 料
OSHMS 監査員養成研修 10月20日(木)・21日(金)	製造業      建設業	会 員    50,000円 非会員    60,000円
OSHMS 監査員養成研修 (更新研修 初日のみ)	_____	会 員    20,000円
参加料送金金額		円
振込予定日		月                      日 頃
住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名	非会員の方は○をつけてください。      ( 非会員 )	
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。