

FAX 03-3453-9647

(社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

リスクアセスメント・労働安全研修会・労働衛生研修会受講申込書

参加される研修会・会場・参加料に○をつけてください。

| 研 修 会 名       | 会 場   | 参 加 料                    |   |
|---------------|---|--------------------------|---|
| リスクアセスメント研修   | 東京 (8月5日)<br>大阪 (9月9日)                              | 会員 25,000 円 非会員 30,000 円 |   |
| 労働安全研修会       | 東京 (8月6日)<br>大阪 (9月10日)                             | 会員 11,000 円 非会員 20,000 円 |   |
| 労働衛生研修会       | 東京 (8月7日)<br>大阪 (9月11日)                             | 会員 11,000 円 非会員 20,000 円 |   |
| 安全・衛生両研修会参加   | 東京 (8月6・7日)<br>大阪 (9月10・11日)                        | 会員 19,000 円 非会員 30,000 円 |   |
| 送金合計額         | 円   | 送金予定日                    |   |
|               |   | 月                        | 日 |
| 住 所           | 〒   |                          |   |
| (ふりがな)<br>氏 名 | 非会員の方は○をつけてください。 ( 非会員 )<br>☆産業医認定番号をお持ちの方はご記入ください。 |                          |   |
|               | 産業医認定番号   |                          |   |
| 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。