

FAX 03-3453-9647

(一社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

労働安全コンサルタント・労働衛生コンサルタント登録時研修

申込書 兼 受講票

| | | | | |
|--------|--|---|--------------|-----------------------------------|
| 受講者 | 現住所 | 〒 | | |
| | フリガナ 氏名 | | | |
| | TEL | | | |
| | 該当するものに○印をつけて下さい | イ. 労働安全コンサルタント ロ. 労働衛生コンサルタント ハ. 共有 | 登録年度 希望会場 | 平成31年度・令和元年度 平成30年度以前 東京 大阪 |
| 勤務先 | 所在地 | 〒 | | |
| | 名称 | | 所属の 部課名 | |
| | TEL | | | |
| 参加料金額 | 会員 16,000 円 非会員 26,000 円 | 送金予定日 | 月 日頃 | |
| 受講番号 | 《当会記入欄》 | | | |
| FAX 番号 | | | | |
| 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。 @ | | | |

※ 領収証希望 あり (宛名) 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。

※ <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。