

FAX 03-3453-9647

(社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

労働衛生コンサルタント
保健衛生口述試験受験準備講習受講申込書

受 講 者	現 住 所	〒		
	フリガナ氏名	(才)	日中連絡先 電話	
	E-mail			
	該当する物 に○印をつ けて下さい。	受講料	20,000円	送 金 予 定 日
		月 日		
	1. 医師 2. 歯科医師 3. その他 ()			
勤 務 先	所 在 地	〒		
	名 称		所属の 部課名	
	TEL			
(社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿				
平成24年 月 日				
受講者氏名				

※ 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。