

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<br>9月13日(木)・14日(金) | 製造業 建設業                  | 会 員 50,000円<br>非会員 60,000円 |
| OSHMS 監査員養成研修<br>(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)<br>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。