

FAX 03-3453-9647

(一社) 日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

労働安全衛生マネジメントシステム (担当者) 研修申込書

参加される演習希望コース・参加料に○をつけてください。

開催日	演習希望コース		参加料
11月15日(木) 11月16日(金)	製造業	建設業	会員 50,000円 非会員 60,000円
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			
E-mail			
参加料送金金額	円	振込予定日	月 日 頃

※ 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。