

用紙サイズ
A4使用

※記入の際は、ボールペンをご使用下さい。
本申込書をFAXで送付願います。
本申込書の原本は、写真を添えて当日提出して下さい。

FAX送信先 029-353-7915

※ 受付番号

現場管理者のための統括管理教育受講申込書

受 講 者	(ふりがな)				
	氏名				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	現住所	〒□□□□-□□□□			
	電話		FAX		
勤 務 先	事業所名				
	所在地	〒□□□□-□□□□			
	電話		FAX		

写 真
1枚をのりづけ
3.0cm×2.4cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

上記のとおり記載事項を証明し、表記講習を申し込みます。

(株)安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者 (受講者本人)	印
----------------	---

FAX	
担当者 職氏名	

※	実施管理者	受付担当者

注意

- 注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。
- 注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。
- 注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。
- 注4) 写真1枚(上3分身無帽・縦3.0cm 横2.4cm)を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。
- 注5) **本受講申込書を記入のうえ、FAX送信して下さい。本申込書の原本は、写真を添えて当日提出して下さい。**
- 注6) 遅刻をされますと受講できませんのでご注意下さい。(時間厳守)
- 注7) 記入していただいた各項目は、この技能講習の事業以外では一切使用いたしません。
- 注8) **納付後の受講料は、お返しできません! 日程をよく調整した上でお申し込み下さい。**

※不足の場合、A4サイズにコピー(感熱紙不可)してお使い下さい。