

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

## 特定化学物質及び四アルキル鉛等作業主任者技能講習 受講申込書

写 真  
2枚準備し、  
1枚をのりづけ  
縦3.0cm×横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)

受講年月日	令和 年 月 日～ 年 月 日		
ふりがな			S
氏 名	生年月日	H	年 月 日生
		R	(満 歳)
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
住 所	〒□□□-□□□□ 注) 共同住宅の場合は、建物名・部屋番号を記入して下さい。		
	TEL - - (携帯) - -		
勤 務 先	所在地	〒□□□-□□□□	
	事業所名		
	担当者	TEL	- -
		FAX	- -

注意事項を確認の上、表記技能講習の受講を申し込みます。

(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)	
----------------	--

FAX	
担当者 職氏名	

※

講習事務 管理者名	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2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) 遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)
- 注6) 本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
- 注7) 本人確認書類(免許証のコピー等)を添付して下さい。
- 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。