

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

## 職長・安全衛生責任者能力向上教育受講申込書

写 真  
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		
ふりがな		生年月日	S H R 年 月 日 (満 歳)
氏 名			
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	〒□□□-□□□□		
	TEL	- -	(携帯) - -
勤務先	事業所名		
	所在地	〒□□□-□□□□	
	TEL	- -	FAX - -

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)	
-----	----------	----------------	--

FAX		※	実施管理者	受付担当者
担当者 職氏名			職長・安全衛生責任者教育 修了証添付欄	

### 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) **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) **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。