

**第二種衛生管理者受験  
養成講習  
受講申込書**

受講番号

- 1) 太枠内を記入し、必ず黒のボールペンで記入して下さい。(鉛筆不可)  
2) 申込はFAX可能。

受講希望日		年 月 日～ 月 日 実施分	会場：福岡・小倉	備考欄
受講者	フリガナ			
	氏 名	(姓)	(名)	
	生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳) 性別：男・女		
	現住所	□□□□ - □□□□ 都道 府県		
連絡先	自宅： 携帯：			
勤務先	名 称			
	所在地	□□□□ - □□□□ 都道 府県		
	連絡 担当者 電話・FAX	(部署) TEL：	(担当者名) FAX：	
※ 必ず ご記入 下さい	個人情報の取り扱いについて この受講申込書にご記入頂いた個人情報は、講習業務の目的以外での利用は致しません。 また、法令に基づく開示、提供を求められた場合を除き、第三者への提供はいたしません。 【 個人情報の取り扱いに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 】			

実施管理者 印	受付印

会員 非会員 にレ点チェック

受講料	テキスト代	合計	振込予定日

◎注意事項)

1. 申し込み完了後、受講票をお送りします。講習日の1週間前になっても届かない場合は、ご連絡下さい。
2. 受講料・テキスト代・教材費は講習日の1週間前までに振り込みをお願いします。
3. 申し込み後の受講料は返却いたしません。
4. 定員に達した場合は受講できないことがありますので、早めに申し込みをお願いします。

申込年月日： 年 月 日

公益社団法人福岡県労働基準協会連合会会長 殿