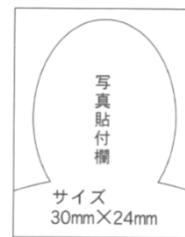


* ご希望の講習名口に✓印して下さい

<input type="checkbox"/> 安全衛生推進者養成講習 受講申込書 <input type="checkbox"/> 衛生推進者養成講習 受講申込書 (受講申込みは各支部へ申込み下さい) ※免除科目での受講はお取扱いしておりません。	受講番号
	修了番号
	交付年月日

注1) 太枠内を黒のボールペンで記入 (鉛筆やフリクション等の消せる筆記具不可)
 注2) 記載内容は本人確認書類と同一であること
 注3) 修正テープ・ペンを用いての修正不可 (修正箇所は訂正印が必要です)
 注4) 受付後の申込書は原則返還いたしません

写真1枚



※写真は修了証に使用

【写真撮影時の注意】

- ・撮影後6ヶ月以内
- ・上半身無帽、無背景
- ・サングラス着用不可
- ・裏面に氏名記入

受講希望日		年	月	日	～	年	月	日	実施分
受講者	フリガナ								
	氏名	(姓)		(名)				<input type="checkbox"/> 本人直筆の場合 <input type="checkbox"/> 押印不要	
	生年月日	昭・平	年	月	日生	(満	歳)	性別:	男・女
	現住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 都道府県							
連絡先	自宅:		携帯:						
勤務先	名称								
	所在地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 都道府県							
	連絡担当者	(部署)		(担当者名)					
電話・FAX	TEL:		FAX:						

備考欄	

実施管理者	受付者

【旧姓又は通称】 希望する場合✓印のうえ右枠に記入 <input type="checkbox"/>	旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無 (希望しない方は全て未記入) * 下枠に併記を希望する氏名又は通称を記載 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> * 修了証には括弧書き表示されます。(旧姓、通称ともに公的書類で確認できない場合、併記できません。)
---	--

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	受講料	テキスト代	振込予定日

個人情報の取り扱いについて
 この申込書にご記入いただいた個人情報は、講習業務の目的以外での利用はいたしません。
 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。

受講申込者は、本申込書を提出することで、下記に同意したものとします。 *1) 本申込書に虚偽の記載が無い事を確約いたします。 *2) 講習会場では連合会職員及び講師の注意に従い、威圧する言動や講習に関係ない言動、安全を遵守しない言動等、一切の講習妨害行為をしない事を確約します。 *3) 遅刻及び早退、欠席等は修了できないことを理解しました。 *4) 他、予約の有効期間、振込期日、受講キャンセル等については「受講申し込み方法」記載の取り扱いであることを理解し異議申し立てません。	同意の うえ <input checked="" type="checkbox"/> 印 <input type="checkbox"/>
---	--

本人確認書類{旧姓又は通称含む} のり付け位置 (運転免許証等の公的書類写し)

◎注意事項

1. 本人確認書類(公的書類)は、氏名、生年月日、現住所が申込書記入事項と一致する写しを貼付。
2. 申し込み完了後、受講票をお送りします。講習日の10日前になっても届かない場合は、ご連絡下さい。
3. 受講料・テキスト代は受講票を確認のうえ講習開始10日前までに振り込みをお願いします。