

注 - 1 受講者氏名は戸籍に記載された文字を正確に記入してください。

注 - 2 ※受付番号は記入不要です。

講習実施日	令和 年 月 日
※受付番号	

安全衛生推進者能力向上教育（初任時）受講申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒 _____ TEL ()		
受講者勤務先	会社名		
	所在地	〒 _____ TEL () FAX ()	
	※申込書作成者の所属部課名及び氏名： TEL : _____ FAX : _____		
※1 「経験年数」又は「学歴」を必要とする講習科目となりますので事業主の証明を受けてください。 ※2 「学歴または受講歴」は、大学高校名等を記入。受講歴は安全衛生推進者養成講習受講歴を記入してください。 ※3 「その他労働局長が同等と認める者」は、資格者証の写しを別途添付してください。			
安全衛生の実務経験	※1 経験年数	年 月 から 年 月 まで } 通算 年 月	
	※2 学歴または受講歴	学校名： _____	卒・修了
	事業者証明	上記の記載内容について、相違ないことを証明します。 会社名 _____ 証明者職氏名 _____ 印	
	「事業者証明」は事業者を代表するもの(社長、支店長、工場長、市長等)または業務経歴を管理する部門の長(人事部長、総務部長)、個人企業にあたってはその事業主個人の職名・氏名で行ってください。		

令和 年 月 日 静岡労働基準協会長 殿

◎該当する欄にチェックを入れてください。

● 会員非会員の別： 当協会会員、 () 地区労働基準協会会員、 非会員

※チェックが無い場合は非会員とさせていただきます。

● 受講料は、受講開始日2週間前までに (振込 ・ 現金持参) によりお支払いします。

※上記に記載された個人情報は、本教育実施のみの為に使用します。