

(一社) 茨城労働基準協会連合会
F A X 0 2 9 - 2 2 7 - 4 5 0 7 行

化学物質管理者養成研修会 申込書

事業場名			
事業所所在地	〒		
担当者所属部署		協会員 コード番号	
担当者氏名		連絡先 TEL	

受講番号 (記入不要)	受講者氏名	生年月日
		昭和・平成 年 月 日
		昭和・平成 年 月 日
		昭和・平成 年 月 日
		昭和・平成 年 月 日
		昭和・平成 年 月 日

※ <テキスト送付希望(着払い) ・ テキスト当日渡し > 該当するに✓を付けて下さい。

- (注) 1. 用紙が不足する場合はコピーをしてご使用下さい。
2. 受講申込書にご記入いただいた個人情報については、当連合会が責任を持って保管・管理し、お申し込みいただいた講習の的確な実施のためにのみ使用します。