

第一種衛生管理者模擬試験及び解説講習会受講申込書

受講番号

申 込 先：(一社) 茨城労働基準協会連合会 TEL 029 (225) 8881
〒310-0801 水戸市桜川 2-2-35 茨城県産業会館 14 階 FAX 029 (227) 4507

ふりがな		衛生管理者免許試験受験準備講習会 ※1	
受講者氏名		平成 年 月 (受講No.) 受講済 令和元年 月 日～ 日～ 申込済	
現住所	〒	連絡先 TEL※2	
事業場 ※3	名称		
	所在地	〒	
	担当者職氏名	備考	請求書の要・否 〔 要 ・ 否 〕 該当に○をつけて下さい。
	TEL		

上記のとおり申し込みます。

年 月 日

申込者氏名(担当者又は本人) _____ 印

一般社団法人 茨城労働基準協会連合会会長 殿

※1 平成30年4月から令和元年7月までの間、当連合会主催による衛生管理者免許試験受験準備講習会を受講した方は 受講日と受講No. を、現在申込中で受講していない方は 申込開催日を記入してください。

なお、他の登録教習機関で衛生管理者試験準備講習会を受講された方は対象ではありません。

※2 日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。

※3 事業場を通して申込みする方は記入してください。