衛生推進者　受講申込書

受講番号	

写真貼付欄 ・上三分身 ・背景無地 ・脱帽 ・3.0cm × 2.4cm 写真の裏面に氏名を記入し貼ってください。	フ リ ガ ナ		
	氏　　名	姓	名
	生 年 月 日	昭 ・ 平　　年　　月　　日　（満　　才）	
本 人 住 所	〒□□□ －□□□□　必ず記入して下さい。		
本 人 連 絡 先	電話　　FAX		
所　　属 事 業 場 名		協会員 コード番号	
事業場所在地	〒□□□ －□□□□　電話 FAX		

※ 〈テキスト送付希望（送料580円）□・ テキスト当日渡し □ 〉該当する□に✔を付けて下さい。

上記のとおり申し込みします。

年　　月　　日

事業場担当者氏名　又は
受講申込本人氏名

一般社団法人茨城労働基準協会連合会会長　殿

〔注意事項〕
①. 講習初日に自動車運転免許証・健康保険証・在留カード等のいずれかの公的書類を持参して下さい。
　健康保険証を持参する方は、現住所の確認できる書類も持参して下さい。
②. 個人で申し込む方は、事業場関係の記入は不要です。
③. 外国人の方は、在留カードの写しを添付して下さい。

受講申込書の個人情報は、本講習会の的確な実施のために利用するほか、他の研修会や当連合会の行事等のご案内を送付する目的でのみ使用させていただきます。