

衛生管理者能力向上教育

受 講 番 号	※受講番号欄は記入しないで下さい。	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	電 話	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	電 話	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	電 話	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	電 話	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	電 話	

※ <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。

上記の者について受講を申し込みます。

令和 年 月 日

事 業 場 名

事 業 場 〒

所 在 地

担 当 者

職 氏 名

連 絡 先 電話

FAX

一般社団法人 茨城労働基準協会連合会会長 殿