

※ 予約済の方は次の何れかに○印をつけてください。 () 電話予約 () インターネット予約	受講希望月日	平成 年 月 日
--	--------	----------

(衛生管理者能力向上教育) 申込書・修了者台帳

		※ 受付番号	
※ 修了証番号		※ 修了証交付年月日	
ふりがな		写真について 3.0cm×2.4cm 申請前 6ヶ月以内に 撮影した上三分身無 背景正面脱帽のもの。 (裏面に氏名を記入)	写真貼付 ↓ のりづけ
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒 _____ 携帯または TEL ()		
勤務先	会社名	TEL ()	
	所在地	〒 _____	
連絡先	担当者名	部課名	TEL ()
業務の経験等	該当箇所の□にチェックマーク(シ)をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 衛生管理者の業務に就いて、おおむね5年以上経過した者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者免許を取得後、おおむね5年以上経過した者		
	上記記載事項に相違ないことを証明します。 会社名 () () 事業者職氏名 () () ()		

(公社) 大阪労働基準連合会長 殿

平成 年 月 日

(注) 1. 本様式は、A4版サイズで提出してください。

※印欄は記入しないこと。

《個人情報について》
 個人情報につきましては、当会が安全に管理し、本講習の実施目的以外には使用致しません。