

受講希望日	平成 年 月 日
-------	----------

特定化学物質作業主任者
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)
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	
現住所	〒 _____		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"/> 特定化学物質作業主任者の業務に就いて、おおむね5年以上経過した者 <input type="checkbox"/> 特定化学物質作業主任者技能講習修了後、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		(役職名)	(氏名)
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。

大基連使用欄	<申込方法> 窓口 ・ 郵便 ・ 現金 ・ 振込 ・ 残付送料
--------	---------------------------------