

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	令和 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 ↓
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 (役職名) (氏名) 事業者職氏名		

(公社) 大阪労働基準連合会長 殿

令和 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》
 この受講申込書でご提供いただいた個人情報は、当連合会の受講者資料として適正に管理し、受講者の同意なく目的外の利用を行うことはありません。