

インターネット予約番号 (No)	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

※印欄は記入しないこと。

・本様式は、A4版サイズで提出してください。(感熱紙不可)

・旧姓等の併記をご希望の方は旧姓等の欄に記入の上、右記にチェック(レ点)してください。

※ 受付番号

※ 修了証番号		※ 修了証交付年月日			
ふりがな		旧 姓 等		写真貼付 ↓ のりつけ 3.0cm×2.4cm 申請前6ヶ月以内に撮影した上三分身正面脱帽、無背景のもの。 (裏面に氏名を記入)	
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	<p>該当箇所の□にチェックマーク(レ)をご記入下さい。</p> <p><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</p> <p><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</p>				
	<p>上記記載事項に相違ないことを証明します。</p> <p>会 社 名 () ()</p> <p>事業者職氏名 () () ()</p>				

令和 年 月 日 (公社)大阪労働基準連合会長 殿

旧姓等の併記を希望される方は、旧姓等の記載されている住民票・自動車運転免許証・マイナンバーカードの写し、いずれか一点を添付して下さい。(「旧姓等」とは、旧姓を使用した氏名及び通称のことをいいます。)

《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。

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