

インターネット予約番号 (No)	受講希望月日	令和 年 月 日
----------------------	--------	----------

(衛生推進者養成講習)

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	〒 - 携帯又は TEL ()		
勤 務 先	会 社 名	TEL ()	
	所 在 地	〒 -	
9~17時の連絡先	担当者名	部 課 名	
		TEL ()	
事業場の業種			
備 考			

大阪労働局長登録安全衛生推進者等養成講習機関(登録第1号)

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 ・ 送付送料