

受講希望月日 (初日)	令和 年 月 日
講習会場	静基連会館

安全衛生推進者講習 受講申込書

ふりがな 受講者氏名	性別	生年月日	現住所
	男 ・ 女	昭和・平成	〒
	男 ・ 女	昭和・平成	〒
	男 ・ 女	昭和・平成	〒

会社名			
所在地	(〒)		
担当者連絡先	部課名	氏名	
	TEL	FAX	

令和 年 月 日

(公社) 静岡県労働基準協会連合会長 殿
(島田労働基準協会)

月 日支払予定

※講習日の2週間前までにお願ひします。

《個人情報について》

上記の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いたしません。