

免・他()

窓・郵・送料

- ・安全衛生推進者養成講習 修了証
- ・衛生推進者養成講習 修了証

再交付
書替

申請書

(↑該当に○印)

ふりがな				のりづけ 写真 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のもの。 (裏面に氏名を記入)
氏名				
旧姓等		併記の希望	有・無	
生年月日	昭和・平成	年	月	日生
現住所	〒	—	TEL ()	携帯 ()
9~17時の連絡先	勤務先の場合(本人申請の場合は記入不要) 【会社名】 【所在地】 〒 — 【TEL】 () 【担当者】			
再交付・書替	講習名	修了証番号	交付年月日	
			S・H・R	年 月 日
再交付理由欄 (書替の場合、記入不要)	理由:	紛失・盗難・損傷・その他()		
	日時:	令和 年 月 頃		
	場所:	作業場・自宅・その他()		

申請日 令和 年 月 日

大阪労働局登録教習機関(登録第1号)

(公社)大阪労働基準連合会長 殿

ご本人以外の方が申請される場合は、下記の欄をご記入の上、申請者と代理人の本人確認書類を添えてご申請下さい。

委任状

令和 年 月 日

申請者氏名	(印)		
修了証の再交付・書替の申請及びに受取りを下記の者に委任します。			
代理人氏名	()	代理人の方の本人確認書類 (運転免許証等)	
代理人住所		TEL	()

(改:20220401)

免・他()

窓・郵・送料

- 安全衛生推進者養成講習 修了証
- 衛生推進者養成講習 修了証

再交付

書替

申請書

(↑該当に○印)

ふりがな	おおさか はなこ		のりづけ
氏名	大阪 花子		写真 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のもの。 (裏面に氏名を記入)
旧姓等	堺 花子	併記の希望 <input checked="" type="radio"/> 有・無	
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 55年 6月 6日生		
現住所	〒540-0033 TEL 06(6942)7401 携帯 () 大阪府中央区石町2-5-3 エルおおさか南館4F		
9~17時の連絡先	勤務先の場合(本人申請の場合は記入不要) 【会社名】 【所在地】〒 - 【TEL】 () 【担当者】		
再交付・書替	講習名	修了証番号	交付年月日
	衛生推進者養成		S・H・R 年 月 日
再交付理由欄 (書替の場合、記入不要)	理由: <input checked="" type="radio"/> 紛失・盗難・損傷・その他()		
	日時: 令和4年1月頃		
	場所: <input checked="" type="radio"/> 作業場・自宅()		

申請日 令和4年4月1日

大阪労働局登録教習機関(登録第1号)

(公社)大阪労働基準連合会長 殿

ご本人以外の方が申請される場合は、下記の欄をご記入の上、申請者と代理人の本人確認書類を添えてご申請下さい。

委任状

令和4年4月1日

申請者氏名	大阪 花子	印
修了証の再交付・書替の申請及びに受取りを下記の者に委任します。		
代理人氏名	北浜 太郎	代理人の方の本人確認書類 (運転免許証等)
代理人住所	大阪府中央区石町2-5-3 エルおおさか南館4F	TEL 06(6942)7401

(改:20220401)