

※再交付する講習名に○をつけてください。

免・保・他( )

窓・郵・送料

<input type="checkbox"/>	職長・安全衛生責任者教育修了証
<input type="checkbox"/>	職長等安全衛生教育修了証
<input type="checkbox"/>	安全管理者選任時研修修了証
<input type="checkbox"/>	( )修了証

再交付  
書替

申請書

( ↑ 該当に○印 )

ふりがな			印	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	旧氏名( )			
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 年 月 日	
			S・H 年 月 日	
			S・H 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: 平成 年 月頃 場所: 作業場・自宅・その他( )			

申請日 平成 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

平成 年 月 日

申請者氏名	(印)		
講習修了証の再交付・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・健康保険証等)	
代理人住所		TEL	( )

※再交付する講習名に○をつけてください。

免・保・他( )

窓・郵・送料

<input type="checkbox"/>	職長・安全衛生責任者教育修了証
<input checked="" type="checkbox"/>	職長等安全衛生教育修了証
<input type="checkbox"/>	安全管理者選任時研修修了証
<input type="checkbox"/>	( )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 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	大阪 花子		
旧氏名( )			印
生年月日	昭和・平成 55 年 6 月 6 日生		
現住所	〒 540 - 0033 大阪市中央区石町2-5-3 エルおおさか南館4F		TEL 06 ( 6942 ) 7401 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
	職長等安全衛生教育		S・H 年 月 日
			S・H 年 月 日
			S・H 年 月 日
再交付理由欄 (書替の場合、記入不要)	理由: 紛失・盗難・損壊・その他( ) 日時: 平成 29 年 月 場所: 作業場・自宅・その他( )		

見

本

申請日 平成 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

平成 29 年 4 月 1 日

申請者氏名	大阪 花子	印
技能講習修了証の再交付・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・健康保険証等)
代理人住所	大阪市中央区石町2-5-3 エルおおさか南館4F	TEL 06(6942)7401