

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

		※ 受付番号	
※ 修了証番号		※ 修了証交付年月日	
ふりがな		写真について 3.0cm×2.4cm 申請前6ヶ月以内に 撮影した上三分身無 背景正面脱帽のもの。 (裏面に氏名を記入)	写真貼付 ↓ のりづけ
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)

(公社)大阪労働基準連合会長 殿

令和 年 月 日

(注) 1. 本様式は、A4版サイズで提出してください。

※印欄は記入しないこと。

《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 ・ 外付送料