

免・保・他()

窓・郵・送料

- ・安全衛生推進者養成講習
- ・衛生推進者養成講習

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(<u>本人申請の場合は記入不要</u>) 【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:	平成 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	㊞		
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 ()		

郵送でのお申し込み時は委任状は不要です。本人確認書類のみご添付下さい。

免・保・他()

窓・郵・送料

- ・安全衛生推進者養成講習
- ・衛生推進者養成講習

**再交付
書替**
(↑ 該当に○印)

申請書

ふりがな	おおさか はなこ		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	大阪 花子			
旧氏名()				
生年月日	昭和平成 55 年 6 月 6 日生			
現住所	〒 540 - 0033		TEL 06 (6942) 7401 携帯 ()	
	大阪市中央区石町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		S・H・R 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: 平成 29 年 1 月頃			
	場所: 作業場・自宅・その他()			

見

本

申請日 令和 1 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書に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 1 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

郵送でのお申し込み時は委任状は不要です。本人確認書類のみご添付下さい。