

衛生管理者能力向上教育 受講資格証明書

【受講資格】

次のいずれかに該当する者

- (1) 衛生管理者の業務に就いて、おおむね 5 年以上経過した者
- (2) 衛生管理者免許（第一種又は第二種）を取得後、おおむね 5 年以上経過した者

予 約 番 号	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
業務の経験	該当箇所の口にチェックマーク（レ）をご記入ください ☐ 衛生管理者の業務に就いて、おおむね 5 年以上経過した者 ☐ 衛生管理者免許（第一種又は第二種）を取得後、おおむね 5 年以上経過した者

上記について、相違ないことを証明します。

証 明 日	年 月 日
会 社 名	
事業場 代表者職名	
代表者氏名	印

※事業場代表者の証明が必要です。

事業場を代表する者（社長・支店長・工場長・営業所長等）又は作業経歴を管理する部門の長（人事部長・総務部長等）、個人企業にあってはその事業主の、職名・氏名で行ってください。

証明印は代表者の役職名の入った印（又は社印と個人印の両方）をお願いします。

個人企業にあってはその事業主の認印で行ってください。

事務局記入欄

開催日	受講No	確認	担当