

※ 受付番号 No. _____

安全衛生推進者養成講習 受講申込書

受講希望地		受講希望日	月 日～ 月 日
-------	--	-------	----------

フリガナ				生年月日	性別	証明写真 全面貼付 デジカメ印刷不可 撮影3ヶ月以内 正面、上三分身 無背景、脱帽 たて 35mm よこ 25mm
氏名				昭和 年 月 日 平成	男 女	
(注) 旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無(いずれかを○で囲む)	無	有	任意	併記を希望する 旧氏名又は通称		
2						
現住所	(〒 -) 日中の連絡先: TEL(- -)					
勤務先 [申込者が勤務先である場合記入]	会社名					
	住所	(〒 -)				
		TEL(- -) FAX(- -)				
備考						
免除科目の有無 (該当に○)	無 有 (一号 ・ 二号) ※証明する書面(写)を添付 免除科目を受けることのできる者は労働安全衛生規則第12条の三二に 該当する者(一号:安全管理者 他 二号:衛生管理者 他)					免除資格確認 ※

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福島県支部 殿

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福島県支部 (福島県トラック協会同会員)	会 員	
	非会員	

年 月 日

受講者氏名 (自 署) ⑩

会員及び非会員の該当欄に○を記入して下さい。

- (注) 1. ※以外の欄の記載事項は申込者において楷書ではっきり全部記載すること。当該様式の書式は変更しないこと。
2. 「氏名」欄の内、旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無を○で囲むこと。併記を希望する場合(任意)には、併記を希望する旧姓氏名又は通称を記入すること。その際、旧姓氏名又は通称を併記した「戸籍謄本」「住民票」及び「自動車運転免許証(写し)」等の証明書を添付すること。
3. 当該受講申込書下段の「受講者氏名(自署)」は受講者本人名を自筆署名し捺印すること。
4. 申込者が勤務先の場合、「受講票」「修了証」は原則的に勤務先に送付いたします。
送付先を変更する場合は、備考欄に送付先を記載すること。
5. ご記入いただいた個人情報、技能講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。