

リスクアセスメント担当者研修受講申込書

事業所名									
住所	〒								
電話番号					会員コード				
担当部署					担当者名		⑤		
※	※受講番号	氏	名	生年月日			※交付No.		
		ふりがな		昭和	平成				
				年	月	日			
		受講者住所 〒							
		ふりがな		昭和	平成				
				年	月	日			
		受講者住所 〒							
		ふりがな		昭和	平成				
				年	月	日			
		受講者住所 〒							
		ふりがな		昭和	平成				
				年	月	日			
		受講者住所 〒							

上記の者、申し込みます。

令和 年 月 日

(注)※は協会記入欄の為記入しないで下さい。
「修了証」の基本となるので正確に記入して下さい。

請求書 必要 不要 ※どちらかに○を付けて下さい。

必要に○をつけた事業所には請求書をお送りします。

【個人情報について】

受講申込書にご記入いただいた個人情報については、当協会が責任を持って保管・管理し、講習の的確な実施の為のみに使用します。

(一社)筑西労働基準協会

〒308-0825

茨城県筑西市下中山581-1

TEL:0296-24-2796

FAX:0296-24-9303