

## 有機溶剤業務従事者 労働衛生教育受講申込書

申込み年月日 ( 20 年 月 日 )

講習実施日 20 年 月 日		
受講者名	生年月日 修了証に記載いたします。	住所及び 連絡先携帯等電話番号
氏名 (男・女)	例示 1989/05/21	住所 〒  携帯等電話番号 ( 緊急連絡時に使用します。 )
勤務先名称 (個人申し込みの場合は不要)		
勤務先住所 電話番号 (個人申し込みの場合は不要)	住所 〒  電話番号	
科目免除はありません。		

以下一般社団法人千葉労務安全教育研究会が記載いたします。

受講番号	受講確認	受講料振込確認

受講開始時に運転免許証等の顔写真のある公的身分証明書をご提示いただき、本人確認を致します。本人であることが確認できない場合は受講をお断りすることがあります。

知りえた情報は、個人情報保護に配慮し本人確認及び修了証発行、関係法令に基づき調整する修了者台帳以外には使用致しません。

兵庫労務安全教育研究会 (代表者吉村由紀夫)

〒674-0094 明石市二見町西二見 157-118 (090-5882-3271 緊急連絡先)