

# 安全衛生推進者養成講習申込書

受講日： 月 ， 日

写 真  
1 枚貼付  
(クリップ留不要)  
3 cm×2.4 cm  
正面・無帽・無背景

注)  の欄は必ず本人が記入してください。

ふりがな			
氏 名		生年月日	S
	併記を希望する場合の旧姓又は通称 (要確認書類)		H
住 所	〒_____ TEL(携帯電話) - -		年 月 日 (満 歳)
建 災 防 栃木県支部 会員・非会員 (どちらかに○)	勤務先所在地 〒_____		
	事業所名	TEL ( )	
		FAX ( )	

令和 年 月 日

- 1.本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
- 2.旧姓又は通称併記希望者は、戸籍抄本、住民票、自動車運転免許証など名称確認できる書類のコピーを添付してください。尚、本籍地の記載はマスキング（黒塗り）してください。
- 3.受講対象者の年齢は満 18 才以上とします。
- 4.受講料は、当日欠席の場合は返還できません。
- 5.遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)
- 6.記載事項に虚偽の申請が認められた場合は、修了証の交付ができないことがあります。

建設業労働災害防止協会栃木県支部長 殿