

| | |
|-------|----------|
| 受講希望日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

安全衛生推進者能力向上教育（初任時）受講申込書

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日生 |
| 現住所 | 〒 _____ | TEL | () |
| 受講者勤務先 | 会社名 | | |
| | 所在地 | 〒 _____ | |
| | | TEL () | FAX () |
| ※確認問合せ時の担当者所属部課名及び氏名： | | | |
| TEL 番号： | | FAX 番号： | |
| <small>※1 「経験年数」又は「学歴」を必要とする講習科目となりますので事業主の証明を受けてください。 ※2 「学歴または受講歴」は、大学高校名等を記入。受講歴は安全衛生推進者養成講習受講歴を記入してください。 ※3 「労働局長が同等と認める資格等」は、開催案内を参考に記入してください。</small> | | | |
| 安全衛生の実務経験 | ※1 経験年数 | 年 月 日から | } 通算 年 月 |
| | | 年 月 日まで | |
| | ※2 学歴または受講歴 | 学校名： | 卒・修了 |
| | ※3 労働局長が同等と認める資格等の名称を記入 | ※開催案内 <u>選任資格要件5</u> を参照 | |
| 事業者証明 | 上記の記載内容については、相違ないことを証明します。 | | |
| | 会社名 | | |
| | 証明者職氏名 | ㊟ | |
| <small>「事業者証明」は事業者を代表するもの(社長、支店長、工場長、市長等)または業務経歴を管理する部門の長(人事部長、総務部長)、個人企業にあたってはその事業主個人の職名・氏名で行ってください。</small> | | | |

令和 年 月 日 静岡県労働基準協会 殿

◎該当する欄にチェックを入れてください。

- 会員非会員の別： 県内労働基準協会会員、 非会員
- 受講料： 受講開始日2週間前までに（振込・現金持参）によりお支払いします。
- 本人確認証明書： 講習会当日、本人が原本を持参します。
 （ひとつ選択） 受講票原本及び返信封筒等と一緒に写しを送付します。
 受講料を現金で支払いの際に、提示又は写しを提出します。

※上記に記載された個人情報、本教育実施のみの為に使用します。