

申込書の太線内記入のうえ、

FAX 06-6462-4452 でお申込みください。

## 保護具着用管理責任者教育 受講申込書

※印は記入しない

※受講番号	
※修了証番号	
※修了年月日	

フリガナ	
氏 名	
旧姓を使用した氏名または通称の併記希望	有 / 無 (○で囲む)
旧姓または通称	
生 年 月 日	昭和・平成                      年                      月                      日
現 住 所	〒                      —                      TEL (                      )                      — FAX (                      )                      —
勤務先会社名	
勤務先住所	〒                      —                      TEL (                      )                      — FAX (                      )                      —
連 絡 先	担当者                      部課名 TEL (                      )                      — FAX (                      )                      —

提出日                      年                      月                      日

一般社団法人 西野田労働基準協会 殿

【注】 旧姓又は通称の併記を希望する場合、住民票の写等の公的証明書を添付してください。

申込書及び入金確認後、受講票・領収証を FAX にて送信します。