

職長・安全衛生責任者能力向上教育受講申請書

※ 受付
番号 No. _____

ふりがな			⑩
受講者氏名			
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)		
住 所	〒 _____		
受講資格の確認 <small>(該当する方に○をして下さい)</small>	・ 修了証の写し (「職長」・「職長・安全衛生責任者」)		
	(原則として修了証の写しを添付)	・ 職長・安全衛生責任者教育の受講時期 : _____ 年 _____ 月 ・ 受講した会社又は教育機関名 : _____	
事業場名			
所在地	〒 _____		
連絡先 電話番号	_____		
修了証送付先	自 宅 ・ 会 社	(いずれにも○印無き場合は、会社宛送付とさせていただきます。)	

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

建設業労働災害防止協会茨城県支部長 殿

※修了証番号	※修了証交付年月日
第 _____ 号	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

[注] ※は記入しないで下さい。

・ 修了証を作成しますので、氏名・生年月日等の各項目は、自動車運転免許等により確認のうえ、誤りのないよう記入して下さい。

・ 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一切使用することはありません。