

安全衛生推進者能力向上教育（初任時） 受講申込書

写真1枚

貼り付けずに添付
縦3cm×横2.5cm
裏に名前を記入

受講希望日(必ず記入ください)				
平成	年	月	日	～ 日

※印は申込者において記入しない事。

ふりがな			男	修了証	※
氏名	(印)		女	番号	
生年月日	昭・平	年	月	日	交付年月
					※ 年 月 日
本籍	県		現住所	県	
勤務先住所	〒 - 県 市・郡				
(個人の方は現住所を記入下さい)	名称			TEL	- -
				FAX	- -
(電話番号(携帯可)とFAX番号は必ず記入下さい)					

社団法人 福岡経営者労働福祉協会 殿

上記の通り申込いたします。 平成 年 月 日 記入者

この申込書はホームページ（福岡講習福祉協会）からも取寄せます

(社)福岡経営者労働福祉協会
〒815-0032 福岡県福岡市南区塩原4丁目13-10
Tel.092(555)5822 Fax092(555)5870

注意事項

- 写真1枚は縦3cm×横2.5cmに切り、添付してください。写真には形(カタ)がつかないようにして下さい。
- 申込受付は定員になり次第打切ります。お早目の申込をお願いします。
- 受講案内はFAXにて致します。(講習5～7日前)
FAXの無い方は、80円切手を、申込書に同封ください。
- 修了証は即日発行いたします。(即日発行出来ない場合もあります、ご了承願います。)
- 受講料の払込みは、受講5日前までに銀行振込を済まして下さい。
(福岡銀行井尻支店 普通209671 社団法人 福岡経営者労働福祉協会)