

(安全衛生推進者養成講習) 申込書

※太枠内のみ記入

(様式第1号)

申 込 日	令和 年 月 日			写真(のりづけ) 縦3cm × 横2.4cm 正面・無帽・ 無背景 普通紙による カラーコピー不可
開 催 日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日			
ふりがな				
受 講 者 氏 名				
旧 姓 等	※修了証に旧姓等の併記を希望する場合のみ、ご記入ください。また、旧姓等の併記された公的書類が必要です。			
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
受 講 者 住 所	〒 —			
電 話 番 号				
勤 務 先 情 報	会 社 名			
	所 在 地	〒 —		
	部 課 名		担 当 者 名	
	電 話 番 号			
備 考				
メ モ				
連絡事項				

(公社)大阪労働基準連合会長 殿

旧姓等の併記を希望される方は、旧姓等の記載されている住民票・自動車運転免許証・マイナンバーカードの写し、いずれか一点を添付してください。（「旧姓等」とは、旧姓を使用した氏名及び通称のことをいいます。）

個人情報について この受講申込書でご提供いただいた個人情報は、当連合会の受講者資料として適正に管理し、受講者の同意なく目的外の利用を行うことはありません。
※技能講習を受講される場合
技能講習修了証明書発行事務局への情報の提供を行いますので、ご了承ください。

《事務局記入欄》

受付番号	修了証番号	修了証交付年月日