|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講番号 | ※受講番号欄は記入しないで下さい。 | |
|  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
|  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
|  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
|  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
|  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |

**衛生管理者能力向上教育**

上記の者について受講を申し込みます。

　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 |  |
| 事業場  所在地 | 〒 |
| 担当者  職氏名 |  |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　FAX |

一般社団法人　茨城労働基準協会連合会会長　殿