

修了証	
※発行日	
※番号	

開催回	要、不要の何れかに○を付してください。	
H - 回	テキスト購入	要・不要

安全衛生推進者等養成講習 受講申請書	
フリガナ	本籍地
氏名	(都道府県のみ記入ください) 都道府県
生年月日	電話: S・H 年 月 日
事業場名	電話: _____ FAX: _____
所在地 (本人所属事業場)	〒
受講区分 (該当の数字に○を付してください)	1、安全衛生推進者(全部受講2日間10時間) 2、同 (一部免除5時間) 3、衛生推進者
※ 一部免除	1、安全推進員講習修了証番号 (署第 号) 2、労働衛生管理員講習修了証番号(署第 号) 3、その他
平成 年 月 日	受講者氏名 印
一般社団法人 立川労働基準協会長 殿	

※印の欄は記入しないで下さい。

◎この受講申請書に関する個人情報は、本講習以外に利用することはありません。

※受講番号	
-------	--

※テキスト	未・済
※受講票	未・済
※入金	未・済