|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 衛生管理者(定期又は随時) | 受講希望日 | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 日  |
| 受　講　申　込　書 |
| ・この申込書を基に修了証を作成しますので、戸籍に記載さ　れた文字を正確に記入して下さい。なお、不鮮明な写真で　は修了証に反映されませんのでご注意ください。・本様式は、Ａ４版サイズで提出してください。（感熱紙不可）※印欄は記入しないこと。 | * 受付番号
 |  |
| * 修了証番号
 |  |
| * 修　了　証

交付年月日 |  |
| ふりがな |  |  (　  |  | ) |
| 氏　　名 |  |  (  |  | ) |
| 修了証に旧姓・通称併記を希望される方は(　)内に記入のこと。詳しくは欄外●参照。 |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　　　　 |  | 年  |  | 月  |  | 日生 |  |
| 現　住　所 | 〒　 |  | －　 |  | 　　　 | TEL  |  | （　 |  | ) |  |
| 　 | 　　　 | 　　　　　　　 |
| 　 |
| 受講者勤務先 | 会社名 | 　 |
| 所在地 | 〒　 |  | －　 |  | 　 |
| 　 |
| TEL |  | （　 |  | ）  |  | FAX |  | （　 |  | ） |  |
| 担当者連絡先 | 会社名 | 　 |
| 　　　　　　　 | 担当者名　　 |  | 部課名　　 |  |
| 所在地 | 〒　 |  | －  |  |  |
| 　 |
| TEL |  |  | （ |  |  | ） |  | FAX |  | （ |  | ） |  |
| 備　　　 考 |  |
|  | **支払い予定日** |  |  | **月** |  | **日** |
| ( 講習日の2週間前までにお願いします ) |
|  | **静岡労働局長登録教習機関　（登録第1号）** |
| 　　　　　 | 令和　 |  | 年　 |  | 月　 |  | 日　 | **（公社）静岡県労働基準協会連合会長** |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （　 |  | 　　労働基準協会） |
|  |  |  |

　　　　　　　　　**証 明 書 類 貼 付 欄　( 旧姓・通称併記希望の方のみ )**

●旧姓・通称の併記を希望される方は、氏名欄の（　）内に旧姓・通称を記入し、以下のいずれかの書類の写しを添付してください。（裏面も使用して構いません）

　①旧姓・通称が記載された自動車運転免許証　②旧姓・通称が記載された健康保険被保険者証

③旧氏名欄に旧姓・通称が表記された住民票または住民票記載事項証明書（マイナンバーが記載されていないもの）

　④旧姓・通称が表記されたマイナンバーカード（マイナンバーが記載された裏面は不要）　⑤戸籍謄本または戸籍抄本

|  |
| --- |
| 《個人情報について》上記の個人情報につきましては、当会が安全に管理し、本講習の実施目的以外には使用いたしません。 |