

安全衛生推進者養成講習

修了証台帳

受 講 者	フリガナ			交付年月日	修了証番号
	氏 名			※	※
		併記を希望する氏名又は通称		旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無 有 ・ 無 (いずれかを○で囲む)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生			
	現 住 所	〒 TEL			
勤務先	所在地	〒 TEL Fax			
	名 称				
	担当者名		メールアドレス		
免除の有無		有 ・ 無			

「科目免除」がある場合は下記の免除資格証明欄に記入し、修了証等の写しを添付してください。

科 目 免 除 資 格 証 明

取得講習(免許)名	交付年月日	修了証番号	講習機関名

上記の通り相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

事業場所在地

事業場名

⑨

電話・FAX

(公社)須賀川労働基準協会長 殿

注1 ※は記入しないでください。

注2 旧姓等併記を希望する場合、確認できる書類(自動車運転免許証、旧姓を併記した住民票等)を添付して申し込んでください。

【 当協会直接申込(月 日) ・ 現金書留 ・ 振込(月 日 予定) 】

◆昼食希望 有 ・ 無 (どちらかに○をつけて下さい。)