

「新入者安全衛生教育」受講申込書

氏 名	生年月日	住 所
	S・H	〒
	S・H	〒
	S・H	〒
	S・H	〒
	S・H	〒

上記の通り申し込みます。

令和 年 月 日

郵便番号 〒

事業所住所

事業所名

申込者氏名 TEL

FAX

メールアドレス:

公益社団法人須賀川労働基準協会 殿

◆昼食希望 有 ・ 無（どちらかに○をつけてください。）