

第一種衛生管理者合格支援研修 受講申込書

※記載事項を楷書で正確に記入してください。

※お申込書が足りない場合は本紙をコピーのうえお申込みください。

※お申込書はご記入後、受講10日前までに下記へファックスにてお申込みください。また、受講料はお申込み3営業日以内に、下記の口座までお振込みください。(振込手数料はご負担ください)

◆ 申込み先 ◆

中部アウトソーシング協同組合 行き 〒460-0003 名古屋市中区錦3-2-32 錦アクシスビル6階 TEL052-959-3580

受講のお申込みファックス番号⇒ 052-959-3581

※振込先 三菱東京UFJ銀行 大津町支店 口座番号 普通 1215691 中部アウトソーシング協同組合

事業場名		申込み日	平成 年 月 日
ご担当者		受講開催日	平成 年 月 日～ 日
ご住所	〒 -		
ご連絡先TEL		受講費用	名分× 円
ご連絡先FAX			
協同組合の 組合員・非組合員	組合員・非組合員 ※ ○で囲んでください	合計	円

※受講費用には、受講料・資料/テキスト代及び、すべて税金が含まれております。

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
受講者氏名		現住所	〒 - 本籍地
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
受講者氏名		現住所	〒 - 本籍地
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
受講者氏名		現住所	〒 - 本籍地
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
受講者氏名		現住所	〒 - 本籍地

※修了証の明記に使用しますので、正確にご記入ください。

※受講者の記入欄が足りない場合は本誌をコピーのうえ、複数枚にてお申込みください。

※ご記入いただきました個人情報本講習の管理・受講者への連絡及び、修了証の交付のみ使用いたします。