

安全管理者選任時研修受講申込書

令和6年6月5日(水)～6日(木)実施

フリガナ 受講者氏名	生年月日	現住所	選任予定年月日

* 修了証の作成のため誤りの無いよう、楷書で正確に記入して下さい。

* 受講者氏名のフリガナは必ず記入して下さい。

令和6年 月 日

一般社団法人 佐野労働基準協会 TEL0283-24-6470 FAX0283-22-9310

会 長 藤 波 一 博 行

郵便番号 _____

事業場名 _____

所在地 _____

代表者名 _____

TEL _____ FAX _____