

# 安全衛生推進者(初任時)能力向上教育受講申込書

(※ 号)

建設業労働災害防止協会 静岡県支部長 殿

〒 ー

事業場所在地

事業場名

電話番号

ー ー

問合せ担当者氏名

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名 (本人自署)	⑩		性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
現住所			
※修了証番号		※交付年月日	

- (注) 1 ※印欄には記入しないこと。  
 2 外国人労働者の方は、在留カードに記載されている氏名を記入してください。  
 3 ご記入いただいた個人情報につきましては、本講習の事業以外では一切使用いたしません。

専任資格	案内書記載 1の安全衛生推進者の選任資格要件で、該当する番号を○で囲んでください。 (1)、 (2)、 (3)、 (4)、 (5) ※5を選んだ方のみ以下を選択 イ、ロ、ハ、ニ、ホ	
	学歴又は受講歴	卒・終了
	安全衛生の実務経験年数	年
事業主証明	上記の学歴・受講歴・安全衛生実務経験等 について、相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所在地 事業所名 代表者氏名 ⑩	

----- 切り離さないこと -----

# 安全衛生推進者(初任時)能力向上教育受講申込書

(※ 号)

氏名			
事業場名	電話 ー ー		
所在地			
指定受講日	平成 年 月 日 8時55分からです		

- (注) 1 受講票は当日会場受付に提出してください。  
 2 開始10分前までに、受付けをすませてください。遅刻は認めないためご注意ください。