

年 月 日

公益社団法人
 関西労働衛生技術センター
 登録講習部 宛
 FAX 06-6942-0172

申込書請求FAX

ふりがな	様
氏名	

申込書送付先住所	
ご自宅	勤務先 ※丸印をして下さい
〒	都・道 府・県
※ 送付先が勤務先の場合、勤務先・所属部署をご記入下さい。	
勤務先	
所属部署	

連絡先	(TEL)
-----	-------

(公社)関西労働衛生技術センターにての受講			
初めての方	名	2回目以降の方	名

↓

受講番号				
------	--	--	--	--

※ お忘れの場合は記入不要です。

受講科目内訳					
登録講習	第二種	粉じん	特化物	金属類	有機溶剤
	名	名	名	名	名
実技基礎講習	Aコース	Bコース	Cコース		
	名	名	名		

※ 選択科目は1部で複数お申込していただけます。
 必要な方は部数を備考欄にご記入下さい。

備考	
----	--