

安全衛生推進者養成講習 申込書

写真 1枚

郵送の場合は
貼り付けずに添付
縦3cm×横2.5cm
裏に名前を記入

受講希望日(必ず記入ください)	
令和 年 月 日～ 月 日	
ふりがな	
氏名	生年月日 昭・平 年 月 日
現住所	〒 - 携帯電話番号 ()
勤務先 ※お勤めの方のみ記載	住所 〒 - 名称 TEL () FAX () 担当者 ()

一般社団法人 福岡経営者労働福祉協会 殿

上記の通り申込いたします。

記入日 令和 年 月 日

注意事項

- 1.漏れがないように、申込書の各項目に記載をお願いします。
- 2.写真は修了証に使用します。縦3cm×横2.5cmの綺麗なものをご準備ください。
- 3.申込受付は定員になり次第打ち切ります。お早目の申込をお願いします。
- 4.受講料の払い込みは、受講5日前までに銀行振込を済まして下さい。

【福岡銀行井尻支店 普通209671 シヤ)フクオカケイエイシャロドウフクシキョウカイ】

(一社)福岡経営者労働福祉協会
〒815-0032 福岡市南区塩原4-13-10
TEL092(555)5822 Fax092(555)5870