

「KYT&リスクアセスメント」研修会申込用紙・証明書

事業場所在地	(〒 -)		
事業場名			
連絡先	TEL	FAX	担当者 係 氏名
ふりがな 受講者氏名	生年月日		現住所
	昭・平 年 月 日		(〒 -)
	昭・平 年 月 日		(〒 -)
	昭・平 年 月 日		(〒 -)
	昭・平 年 月 日		(〒 -)
	昭・平 年 月 日		(〒 -)
講習年月日	令和 5 年 12 月 15 日		
会場	リーパスプラザこが		
※ 講習者 証明欄	上記の研修の課程を修了した事を証明します。 <div style="text-align: right;">令和 5 年 12 月 15 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">福岡中央労働基準協会長 印</div>		

★ ※の箇所は記入しないで下さい。

★本申請書にご記入いただいた氏名、生年月日、住所、連絡先等の個人情報につきましては、講習会の目的以外での利用はいたしませんのでご了承ください。

送付先: **福岡中央労働基準協会**

福岡市中央区赤坂1-7-23 赤坂弁護士ビル5F

TEL 092-711-9132 ・ FAX 092-731-8839