

事業主 殿

「第一種・二種衛生管理者能力向上教育」のご案内

事業主は、労働安全衛生法第19条の2及び、「労働災害防止業務従事者能力向上教育指針（平成元年5月22日付け公示第1号）」により、安全管理者等に対し、定期（概ね5年ごと）及び随時（機械設備に大幅な変更があった場合）に「衛生管理者能力向上教育」を受講する機会を与えるよう努めなければならないとされています。

当協会では、法令に適応した「第一種・第二種衛生管理者の能力向上教育」を下記の通り開催いたしますので、衛生管理者としての能力向上のみならず所属事業所の安全衛生管理水準向上のために是非受講頂きますようお願いいたします。（第二種の方は一日目のみです。）

記

1. 日程と場所

開催日	場所	時間
9月28日（火）～9月29日（水）	リーバスプラザこが	9:10～17:30

2. 受講料（第一種） 9月28日（火）～9月29日（水）

受講対象者	受講料	テキスト代	合計
福岡中央労働基準協会会員	10,750円	2,750円	13,500円
一般（非会員）	13,250円	2,750円	16,000円

受講料（第二種） 9月28日（火）

受講対象者	受講料	テキスト代	合計
福岡中央労働基準協会会員	8,250円	2,750円	11,000円
一般（非会員）	10,750円	2,750円	13,500円

3. 受講内容 合計13時間

	科目	時間
9月28日	労働衛生管理の機能と構造	09:10～10:40
	作業環境管理	10:50～11:50
	昼食	11:50～12:40
	作業管理	12:40～13:10
	健康管理	13:10～14:40
	労働衛生教育	14:50～15:20
	実務研究	15:20～16:20
	災害事例及び関係法令	16:30～17:30
9月29日	労働衛生管理の機能と構造	09:10～10:10
	作業環境管理	10:20～10:50
	作業管理	10:50～11:50
	昼食	11:50～12:40
	健康管理	12:40～13:40
	労働衛生教育	13:40～14:10
	実務研究	14:20～15:20
	災害事例及び関係法令	15:30～16:30

4. 申込方法

◎受講申請書に所定事項をご記入の上、下記書類を

添えて当協会までご郵送、もしくはご持参下さい。

- ・自動車運転免許証のコピー、又は個人番号が記載されていない住民票・交付後6ヵ月以内のもの
- ・受講機関は問いませんが、確認のため「衛生管理者」修了証のコピーを受講申請書に添付してください
*手続き完了の方には受講票をFAXします。

◎振込先 受講料は下記の指定口座に受講日の一週間前迄にお振り込み下さい。

（振込手数料は受講者負担をお願いします。）

振込先：西日本シティ銀行 赤坂門支店 普通預金 1388163 福岡中央労働基準協会

5. 修了証 全科目を終了された方に、修了証を交付します。

6. その他
・既納の受講料は原則として返却いたしませんので、もし当日受講できないときは代替者を派遣していただきますようお願いいたします。
・日程・会場については、都合により変更・取消しすることもあります。

福岡中央労働基準協会

〒810-0042 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

「第一種衛生管理者能力向上教育」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	※受講者番号 修了証番号
	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 3年 9月 28日 ~ 29日			
会場	リーパスプラザこが			
※ 講習者 証明欄	<p>上記の能力向上教育を修了した事を証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和3年9月 29日</p> <p style="text-align: center;">福岡中央労働基準協会長 印</p>			

★ ※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

「第二種衛生管理者能力向上教育」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	※受講者番号 修了証番号
	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 3年 9月 28日			
会場	リーパスプラザこが			
※ 講習者 証明欄	<p>上記の能力向上教育を修了した事を証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和3年9月 28日</p> <p style="text-align: center;">福岡中央労働基準協会長 印</p>			

★ ※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