

「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	※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 年 5月 28日			
会場	リーパスプラザこが			
※ 講習者 証明欄	<p>上記の研修の課程を修了した事を証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 3年 5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