

有機溶剤業務従事者に対する労働衛生教育 受講申込書

事業場名			
事業場所在地	〒		
電話番号	() -	* 担当者氏名	
Fax 番号	() -	(*)	
受講料	月 日 振込済み・振込予定、現金 (○囲い下さい)		
受講者名			※ NO,
住所	〒		
生年月日	S . H	年	月 日
連絡先 (携帯)			
適格請求書発行	希望する	宛名	事業場名 ・ 個人名
メールアドレス	E-mail :		

(受講者の個人情報、当協会が責任を持って適正に管理し、二次利用する事はありません。)

伊勢労働基準協会長 殿

FAX 送信先 0596-22-2185

-----切り取り線-----

有機溶剤業務従事者に対する労働衛生教育 受講票

氏名			受講番号	※
日時	令和6年8月6日(火) 午前9時30分～午後4時30分			
開催場所	伊勢生涯学習センター 「いせトピア」: 2F 学習室-2 連絡先 伊勢労働基準協会 当日携帯番号: 080-1617-4135			
注意事項	受付は、始業10分前までに終えて下さい。 受講票を受付に呈示して下さい。			

受付印	受講済印	<p><案内図></p>
-----	------	--------------------