

受講希望地	
-------	--

## 安全衛生推進者能力向上教育 (初任時)講習

## 受講申込書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ		性別	生年月日	※ 備考
			氏	名			
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	

● 安全衛生推進者に選任されている方、又は、安全衛生推進者の選任資格を有する方が対象となる講習会です

※安全衛生推進者選任要件

- (1) 大学又は高等専門学校を卒業した者で、その後1年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者
- (2) 高等学校を卒業した者で、その後、3年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者
- (3) 5年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者
- (4) 安全衛生推進者養成講習を受講したことがある者

年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福島県支部(福島県トラック協会)			
会員		非会員	

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

\_\_\_\_\_

代表者名  
(役職名)

\_\_\_\_\_ (印)

所在地

〒 \_\_\_\_\_

TEL( \_\_\_\_\_ ) FAX( \_\_\_\_\_ )

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。  
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。  
 3. ご記入いただいた個人情報、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。