

第2種作業環境測定士準備講習受講申込書

受講者	ふりがな 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	自宅住所	郵便番号() 都 道 府 県 TEL FAX			
申込担当者 ※受講者と異なる場合	ふりがな 氏名				
	部署名 連絡先	TEL	FAX		
勤務先	勤務先の名称 及び 所属部課名				
	勤務先の住所	郵便番号() 都 道 府 県 TEL FAX			
※受講科目	No.	科 目	受 講 日	時 間	受 講 料(税込)
	1	労働衛生一般	平成31年2月1日(金)	9:30～12:30	12,960
	2	労働衛生関係法令	平成31年2月1日(金)	13:20～16:20	12,960
	3	デザイン・サンプリング	平成31年2月2日(土)	9:30～12:30	12,960
	4	分析概論	平成31年2月2日(土)	13:20～16:20	12,960
平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 氏 名 印 </div> 登録講習機関 一般財団法人 西日本産業衛生会 殿					

※ ご希望の受講科目No.に○を付けて下さい。