**（一社）日本ディスプレイ業団体連合会　　行**

**『職長・安全衛生責任者教育』（関東地区）受講申込書**

　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　満　　　　　才 |
| 本　　籍 | （都道府県のみ） | 血液型 | 型　 |
| 「安全衛生教育手帳」の有無を○印で記入してください | 有　・　無 |
| お申込責任者氏名 | ［部署名］［氏　名］ |
| 会社名 |  |
| 会社住所 | 〒 |
| 会社TEL |  |
| 会社FAX |  |

※「安全衛生教育手帳」をお持ちでない場合は、修了証に転記しますので氏名・ふりがな・

生年月日等に誤りがないようにご記入ください。

※「受講申込受付確認票」をＦＡＸいたします。※お時間がかかる場合があります。

※**受講票は6月21日頃にお申込責任者様宛に送付いたしますので、受講者にお渡し下さい。**

申込ＦＡＸ番号：０３－３５６４-６１１６