|  |
| --- |
| **申込先****六ヶ所村産業協議会事務局　宛****（六ヶ所村政策推進課内）****〒039-3212　上北郡六ヶ所村大字尾駮字野附475番地** **E-mail：s\_kyougikai@rokkasho.jp****TEL：0175-72-2111（内線361.364）　FAX：0175-72-2743** |

令和３年　　　月　　　日

**令和３年度「衛生管理者能力向上教育(２日間)」受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員名（事業所名） |  |
| 住所 |  |
| 受講者 | 氏名 | 年齢 | 衛生管理者有無 |
|  |  | 1種　・　2種 |
|  |  | 1種　・　2種 |
|  |  | 1種　・　2種 |
|  |  | 1種　・　2種 |
|  |  | 1種　・　2種 |
|  |  | 1種　・　2種 |
| 担当者連絡先 | 担当部署 |  | 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-MAIL |  |

**※衛生管理者には修了証を発行しますので、添付の「衛生管理者能力向上教育申請書」を作成し、申込時に合わせて提出ください。**

**申込期限　　令和３年11月22日（月）**

衛生管理者能力向上教育申請書

受講日 12 月 ９ 日

受講日 12 月 10 日

受講番号

既に当センターにて他の科目を修了されている方で前回と同じ写真を使用する方は不要です。お手元の修了証を参照下さい。**新規申込みの方は必ず写真を貼付して下さい。**

前回と同じ写真を使用する　□←チェック

前回取得科目

前回取得月日 　　　　　年　　　月　　　日

の り し ろ

**修 了 証 用**

**写 真 貼 付**

**はがして使用します**

タテ4.0cm

ヨコ3.0cm

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **１．氏　　名** |  |
| **２．生年月日** | 昭和**・**平成年 　 月 　日 |
| **3．現　住　所** | （〒　　　　 -　　 　　）連絡先☎（携帯可）  |
| **4．事業所名****所在地** | （〒　　　 　-　　 　　）個人で申込みされた方で現住所送付希望の方は無記入で可**（社判可）**会社名住 所ＴＥＬ．　　　　　　　　　 　ＦＡＸ．　 　　 　　　　　　  |
| **衛生管理者免状のコピーをこのスペースに貼付して下さい。****免許証番号・交付年月日が見えるように貼付して下さい。****（サイズが入りきらない場合裏面に貼付）** |

※提出された個人情報は、講習会に関する業務及び修了後のデータ管理業務に使用します。