

化学物質管理者養成講習（2日）受講申込書

※「製造事業場向け」対象

開催日程	2024年11月7日（木）～11月8日（金）
------	------------------------

1. 受講者の情報	受講票送付先（ご自宅 / お勤め先）いずれかに○		
	<申込日> 年 月 日		
フリガナ		生年月日 (西暦)	年 月 日
氏名			
住所	〒 - 都道府県		
	集合住宅の場合、名称・棟・部屋の番号		
連絡先	電話：	FAX：	E-mail:

2. お勤め先の情報…お振込名義人が事業所名の場合は必ずご記入ください。 個人での申込みの方は記入不要です。

事業所名			
所在地	〒 -		
担当者	所属：	氏名：	
連絡先	電話：	FAX：	E-mail:

3. 振込名義人…お振込名義が受講者氏名または事業所名と異なる場合、以下の「振込名義」欄をご記入ください。

振込名義		振込予定日	
------	--	-------	--

振込期限：10月24日（木）

<ご注意> 太枠内を黒のボールペンで楷書でご記入ください。

①「受講者の情報」は修了証記載事項になりますので、正確にご記入ください。

②外国人労働者の方は「氏名」欄に本名（在留カードまたは旅券の氏名）を記入し、いずれかのコピーをご提出ください。

<個人情報の利用目的> お客様からご提供いただいた情報は、本講習会の受講者管理のみで利用します。

お客様の同意なく目的以外の利用を行うことはありません。

株式会社大同分析リサーチ代表取締役殿

案内書の内容を確認の上、本記入事項に虚偽無く申し込みます。

FAX でご送付ください 大同分析リサーチ環境測定事業部 講習担当

FAX052-611-9461