

予約確定票

衛生管理者能力向上教育

◆ 必要事項をご記入の上、申込書と一緒に送ってください。

申込 事業場	協会会員番号	
	事業場名	
受講者氏名		受講者氏名

↑ 必要事項をご記入の上、申込書と一緒に送ってください。

↓ 枠内に宛先を記入して下さい（受講票・請求書等の送付先）

〒

様

〒301-0005

茨城県龍ケ崎市川原代町4区6336-7

一般社団法人 龍ケ崎労働基準協会

TEL 0297-62-7923

FAX 0297-64-1498