

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、申込書と一緒にお願いします。

協会会員番号		事業場名	
受講者氏名		受講者氏名	

* 請求書・受講票を、PDFで受取り 希望の方は、下記にメールアドレスとご担当者様のお名前をご記入ください。

メールアドレス →

ご担当者様名 →

↓ 請求書・受講票を 郵送で受取り 希望の方は、下記に宛先をご記入ください。

〒

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