

受講希望日	年	月	日	～	年	月	日
-------	---	---	---	---	---	---	---

※お電話等により受講予約を済ませた上でご記入ください。

有機溶剤作業主任者技能講習 受講申込書

1. 受講者の情報		< 申込日 >		年	月	日
フリガナ		生年月日 (西暦)		年	月	日
氏 名						
	旧姓を使用した氏名または通称の併記の希望の有無 (有の場合は右の欄のいずれかを○で囲む・無の場合は未記入)			旧姓有 / 通称有		
	併記を希望する氏名または通称					
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…お振込み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	
------	--	-------	--

< 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。

③旧姓の併記をご希望の場合は旧姓が併記されている戸籍謄本（複写可）、旧姓が併記されている住民票（複写可）、
旧姓が併記されている自動車運転免許証の写しのいずれかをご提出ください。

④通称併記を希望の方は住民票（複写可）、運転免許証の写しのいずれかの通称が併記されているものをご提出ください。

< 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