

証明写真
貼付欄
無背景
縦3.0cm×横
2.4cm
スナップ写真不可
※HPからの申請は
写真データを添付

令和7年度
【令和7年6月10日(火)～6月11日(水)講習分】

(講習事務局使用欄)

受講票送付	データ入力チェック	データ入力	受講資格確認②	受講資格確認①

「安全衛生推進者養成講習」受講申込書

受付番号 (記入しないでください)	(フリガナ) 受講者氏名 略字は使用しないでください。	生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日 元号は該当にレ点(クリック)
	受講者住所 〒 (住所1) (住所2) 建物/アパート/号室 〒番号に「-」を入れて下さい。都道府県名から記入してください。	
事業場名	(会社からの申込の場合、会社名称を記入してください。) ※個人で受講の場合は記載不要	(一社)秋田県労働基準協会の 会員 非会員 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 該当にレ点(クリック)
所在地	(会社からの申込の場合、会社名称を記入してください。) 所在地(送付先) 〒 ※個人で受講の場合は記載不要	
免除資格 (※免除を受ける方のみ記入) (安全管理者・安全管理者選任 時研修修了・衛生管理者を記入 します)		(エクセルはプルダウン[選択] することができます)

一般社団法人 秋田県労働基準協会 会長 殿

※講習の受講申込締切日は、令和7年6月3日(火)です。

上記について、受講を申し込みます。

申込日: 令和 年 月 日

※メール・郵便が到着した日・時間で申込日を特定いたしますので、記入年月日と異なる扱いとなる場合があります。

受講料 請求書	請求書発行の有無(ボックスにレ点(クリック))		受講料支払方法・支払期限(ボックスにレ点(クリック))	
	請求書不要 <input type="checkbox"/>	請求書希望 <input type="checkbox"/>	指定口座振込 <input type="checkbox"/>	現金支払 <input type="checkbox"/>
領収書	領収書不要 <input type="checkbox"/>	領収書希望 <input type="checkbox"/>	(領収書の宛先) 会社名(複数名の受講はまとめた額) <input type="checkbox"/>	受講者名(ご注意) 会社名・受講者名の いずれかの発行にな <input type="checkbox"/>
本講習申込 事業場 担当者名	※職名無の場合は「係員」と記載 (職名等)	(氏名)	※電話番号は、個人での申し込み であってもご記入願います。	TEL FAX
連絡事項等	(その他連絡事項等記入下さい)			

【修了証の統合について】

当協会が実施した他の講習を修了したことがある者
※修了証の統合をする方は、下記に記入してください。

統合します 統合しません 非該当(受講歴なし)

(ボックスにレ点(クリック))

= 統合修了証申込欄 =

すでに当協会で作成された技能講習修了証を、今回の講習修了時に無料で1枚のプラスチックカード製の修了証にまとめることができます。

講習名(該当する講習の□にチェック)
<input type="checkbox"/> ① 新入社員安全衛生教育
<input type="checkbox"/> ② 職長・安全衛生責任者教育
<input type="checkbox"/> ③ 安全衛生推進者養成講習・安全管理者選任時研修
<input type="checkbox"/> ④ 能力向上教育(安全管理者・衛生管理者)
<input type="checkbox"/> ⑤ 化学物質管理者(製造・取扱)
<input type="checkbox"/> ⑥ 保護具着用管理責任者教育
<input type="checkbox"/> ⑦ 局所排気装置及び除塵装置の定期自主検査者養成講習

※統合を希望する左記の修了証の(写)を、申込書に添付して下さい(ホームページでの申請では、写を送信して下さい。)。修了証は、講習初日に回収致しますので、必ずご持参下さい。

修了証への旧姓等併記の希望の有無	旧姓記入(希望あり)
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

※希望の場合は、証明する戸籍謄本等の添付をしてください。
※レ点がない場合は、「希望しない」と見なします。

【一部免除を受ける受講者は下記の写等が必要です】

- 安全管理者で免除の場合は、別紙の「安全管理者業務証明書」を作成し、安全管理者選任時研修の修了証の写を添付してください。
- 労働安全衛生規則第10条の衛生管理者の資格(医師、労働衛生コンサルタント等)がある方は、その写を添付してください。

【個人情報について】

ご記入頂いた個人情報は、当協会が責任を持って保管・管理し講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。

※この証明書は免除を受ける方のみ使用

安全管理者業務経験証明書

受講者氏名：_____

上記の者は当事業場において、下記の期間安全管理者として業務に従事した事を証明します。

従事期間： (元号) 年 月 日 から
年 月 日 まで

一般社団法人 秋田県労働基準協会長 殿

所在地：

事業場名：

代表者職氏名：

㊞