

新規

T H P 指 導 者 登 録 申 請 書

(医師・トレーナー・リーダー・心理・栄養・保健・マネジャー)

令和 年 月 日

中央労働災害防止協会会長 殿

下記のとおり手数料を添えて申請します。
 (第3条第2項に該当するときはレベルアップ研修履修等証明書
 (様式第2号及びその必要書類も添付))

登録番号

登録年月日

フリガナ				生 年 月 日		
氏 名				年 月 日生		
*1 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	〒				
		TEL ()				
	<input type="checkbox"/> 勤務先	フリガナ				
		名 称				
部 署 名						
	住 所	〒				
		TEL ()				
日昼連絡先*2	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> その他	TEL ()		
e-mail	@					
修了研修会名	_____	_____	_____	_____		
修了証番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号		
修了年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
氏 名 の 変 更	有 ・ 無 旧氏名 ()					

*1 送付先欄には、登録証・登録カード等の送付先として希望するいずれかの口に☑印をつけ、必要事項をご記入ください。どちらか一方にご記入いただければ結構です。

*2 日昼連絡先欄は、日昼連絡のとれる連絡先いずれかの口に☑印をおつけください。

ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任を持って保管し、登録諸手続及び情報提供にのみ使用します。