

更新

## T H P 指 導 者 登 録 事 項 変 更 届

(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、登録事項に変更があるので、変更届を提出します。

変更事項		変 更 前 (または変更なし)		変 更 後	
フリガナ					
氏 名					
*1 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	住所	〒	〒	
			TEL ( )	TEL ( )	
*1 送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先	フリガナ			
		名 称			
		部署名			
		住所	〒	〒	
			TEL ( )	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 ( )		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 TEL ( )	
e-mail		@			
登録内容	指導者の種別	( )	( )	( )	( )
	登録番号	第 号	第 号	第 号	第 号
	登録有効期間	年 月 日 まで	年 月 日 まで	年 月 日 まで	年 月 日 まで

\*1 送付先欄は、書類・機関誌等の送付先として希望するいずれかの□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□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。