様式第５号

**書換・再交付**

**ＴＨＰ指導者登録証・登録カード書換・再交付申請書**

**(登録証のみ・登録カードのみ・両方)**

（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。 | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　名 | |  | | | | 年　 月 　日生 | |
| ＊1送付先 | □自宅 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　 　（　　　） | | | | | |
| □勤務先 | フリガナ |  | | | | |
| 名　称 |  | | | | |
| 部 署 名 |  | | | | |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　 TEL　 　（　　　） | | | | |
| 日昼連絡先＊2 | | □自宅　　 □勤務先　　□その他 TEL　 　（　　　） | | | | | |
| e-mail | | ＠ | | | | | |
| 登　録  内　容 | | 指導者の種別  登録番号  登録有効期間 | （　　　　 　　）  第 　　　 　号  　年　月　日まで | （　　　　 　　）  第 　　　 　号  　年　月　日まで | （　　　　 　　）  第 　　　 　号  　年　月　日まで | | （　　　　 　　）  第 　　　 　号  　年　月　日まで |
| 書換・再交付の理由 | | | 氏名変更(旧氏名　　　　　)・紛失・その他（　　　　　　　） | | | | |

＊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**レ**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**レ**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。