様式第１号

**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 | □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 | | ＠ | | | | | | | | |
| 修了研修会名  修了証番号  修了年月日 | | 第　　　　　　 号  　　年　　月　　日 | | | 第　　　　　　 号  　　年　　月　　日 | 第　　　　　　 号  　　年　　月　　日 | | | | 第　　　　　　 号  　　年　　月　　日 |
|  | | | 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□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。