

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5年9月2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	チュウオウ ケンタロウ			生年月日		
氏名	中央 健太郎			1975年1月1日生		
*1 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 TEL ()				
	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先	フリガナ	(カブ) チュウサイボウエキ			
		名称	(株) チュウサイ貿易			
		部署名	総務部			
	住所	〒108-00XX 東京都港区芝5-35-△ TEL 03(3452)****				
日昼連絡先*2	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> その他	TEL 090(****)0000		
e-mail	@					
修了研修会名	心理相談専門研修	_____	_____	_____		
修了証番号	第S12000000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・ <input checked="" type="checkbox"/> 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口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。