

更新

T H P 指 導 者 登 録 更 新 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、レベルアップ研修履修等証明書(様式第2号)及びその必要書類並びに手数料を添えて申請します。

フリガナ	タマチ ヒカル			生年月日		
氏名	多摩地 光			1980年4月1日生		
*1 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	〒141-00△△ 東京都日野市日野1-△-×× TEL 042(578)****				
	<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 checked="" type="checkbox"/> その他	TEL 080(****)0000		
e-mail	kenkai@jisha***.**.jp					
登 録 内 容	指導者の種別	(ヘルスケア・トレーナー)	(心理相談員)	()	()	
	登録番号	第200000号	第400000号	第 号	第 号	
	登録有効期間	R5年10月25日 まで	R5年10月25日 まで	年 月 日 まで	年 月 日 まで	
氏名の変更	有 ・ <u>無</u> 旧氏名 ()					

*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。