FAX 0721-65-1472　大阪安全衛生教育センター　行

**講座受付後の変更申込書  
（受講取消・日程変更・受講者変更）**

**◆現在のお申込み内容**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **講座名称** |  | | | | |
| **回　　　数** | 第 |  | 回 | **受付番号** |  |
| **受講者氏名** |  | | | | |

**◆変更内容　（☐にチェックマークを記入願います）**

**＊キャンセル料が発生する場合、キャンセル料請求書は別途発行・送付いたします。**

**☐**取消 （キャンセル）

受講料は【 入金済（　　/　　） ・ 未入金　】（お分かりになる方のみ○を記入願います）

入金済の方は後ほど担当者よりご連絡させて頂きます。

**☐**日　程　変　更

□　変更回数が未定　　→希望日程が決まりましたら、再度ご連絡ください。

□　変更希望回数が決まっている

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更希望回数 | 第 |  | 回（ |  | 月 |  | 日～ |  | 月 |  | 日） |

受講料は【 入金済（　　/　　） ・ 未入金　】（お分かりになる方のみ○を記入願います）

＊受講料を入金済の方は次の回にて使用させていただきます。未入金の方は請求書をそのままご利用頂いて

結構です。**受講票はご自身で訂正の上、受講当日ご持参下さいますようお願いいたします。**

**☐**受 講 者 変 更

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 所属部課名 |  |
| 氏　　名 |  | 役職名 |  |
| 生年月日 | S / H 　年　　　　月　　　　日 （　男　・　女　） | | |
| 勤務先所在地 | 勤務先が変更の場合のみ記入ください。 | | |
| 宿泊期間 | 開講日の（前日 ・ 当日）から宿泊　・ 宿泊不要　（最終日は宿泊できません。） | | |

□　受講料は【 入金済（　　/　　） ・ 未入金　】（お分かりになる方のみ○を記入願います）

＊受講料を入金済の方は次の回にて使用させていただきます。未入金の方は請求書をそのままご利用頂いて

結構です。**受講票はご自身で訂正の上、受講当日ご持参下さいますようお願いいたします。**

**◆ご連絡先**

*手続き完了後に「教育講座お申込み受付のご案内」をFAXでお送りします。*

*くれぐれも書き間違いのないよう、また、読みやすい字でお書き下さい。*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 担当者 |  | 所属部課 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 備考 |  | | |

※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管理し、講座受講取消・回数変更・氏名変更申込にのみ使用いたします。

大阪安全衛生教育センター　**FAX：0721-65-1472**