

化学物質管理のためのオリジナル研修 / 技術指導申込書

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|------|--------------------|----------|---|---|--|
| 事業場の概要 | 名 称 | | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 _____ - _____ | | | | | | |
| | 代表者職氏名 | | | | | | | |
| | 事業の内容 (具体的に) | | | | | | | |
| | 従 業 員 数 | | | | 企業の全従業員数 | | | |
| | 会員・賛助会員 <small>印をお付け下さい</small> | 会員 (会員 _____) ・ 非会員 | | | | | | |
| 依頼事務担当者 役職・所属部課・氏名 | | 所属： | | 氏名： | | | | |
| | | TEL： _____ - _____ | | FAX： _____ - _____ | | | | |
| | | E-mail： _____ | | | | | | |
| 依頼の内容 | 依頼の種類 (印をお付け下さい) | | 出張研修 | | 技術指導 | | | |
| | (ねらい / 対象 (者) / テーマ等、具体的にご記入下さい) | | | | | | | |
| | ----- | | | | | | | |
| | ----- | | | | | | | |
| 実施事業場 または会場 <small>(裏面に案内図を ご記入下さい)</small> | 名 称 | | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 _____ - _____ | | | | | | |
| | T E L | | | | | | | |
| 実施年月日 および時間 | 第 1 希 望 | | | 第 2 希 望 | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | |
| | 時 | 分 | ~ | 時 | 分 | 時 | 分 | |
| * 中小規模事業場安全衛生活動支援事業による割引サービスの利用 | | 割引サービスの利用を希望する場合は 右の _____ にチェックを入れてください。 | | | | | | |
| <p>割引サービスの利用を希望される場合は、次の _____ または _____ に従ってください。</p> <p>初めて割引サービスを利用される場合：直近の「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書(事業主控)」(労働基準監督署の受付印のあるもの)の写しを申込書に添付してご提出ください。</p> <p>2回目以降も割引サービスを利用される場合：貴事業場の労働保険番号を以下の欄にご記入いただくか、もしくは上記 _____ と同じ申告書の写しを申込書に添付してご提出ください。</p> | | | | | | | | |
| | | 労働保険番号 | | | | | | |
| <p>(注) * の割引サービスの対象事業場は、常時使用する労働者の数が300人未満の事業場であること、および、労災保険の適用事業場であること、のいずれの要件も満たしている事業場です。</p> <p>なお、割引制度を利用された場合、後日実施効果等の確認のためのアンケート調査にご協力いただくことがあります。割引制度の利用において、不正または虚偽が判明した場合は、割引料金の適用を取り消し、正規料金を請求します。</p> | | | | | | | | |
| 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | 代表者職氏名 | | | | 印 | | |
| 中央労働災害防止協会 殿 | | | | | | | | |

案 内 図

ご記入にあたって

ご依頼の事業場または会場に伺うまでの公共交通機関の最寄り駅(バス停)、道順、目印、会館(ビル)名等を分かりやすく、地図等でご記入ください。

| | | | |
|-------------------|---|---------------------|---|
| [最寄り駅] | 線 | 駅 | 口 |
| →[最寄り駅から バス利用の場合] | | →[最寄り駅から 徒歩の場合] | |
| バス会社 | | | 分 |
| 行き先 | | | |
| 下車停留所名 | | →[最寄り駅から タクシー利用の場合] | |
| 下車徒歩 | 分 | | 分 |

個人情報の取り扱いについて