

この用紙をそのまま申込書としてご利用ください。

FAX 0985-28-9080

第一種衛生管理者模擬試験申込書

フリガナ						会員番号	
事業場名						<input type="checkbox"/> 会員No. <input type="checkbox"/> 一般	
所在地		〒		TEL			
		連絡担当者の所属・氏名					
※No.	フリガナ			※No.	フリガナ		
	氏名	S・H 年 月 日生			氏名	S・H 年 月 日生	
※No.	フリガナ			※No.	フリガナ		
	氏名	S・H 年 月 日生			氏名	S・H 年 月 日生	
※No.	フリガナ			※No.	フリガナ		
	氏名	S・H 年 月 日生			氏名	S・H 年 月 日生	

年 月 日

公益社団法人 宮崎労働基準協会長 殿

(注)受講料等について、ご記入ください。

<input type="checkbox"/> 請求書希望の場合は、□にレ点を付してください。	
受講料	会員 7,700 円 _____ 名
	一般 9,900 円 _____ 名
合計額 支払方法	月 日に 合計額 _____ 円
1 現金払い 2 現金書留 3 振込済 4 振込予定	

※協会処理欄

受付日	年 月 日
入金額	円
方法	現金・書留・振込
テキスト	当日渡・渡済・購入済