|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | ④ |

再交付

書替え統　合

技能講習

特別教育

申込書

修了証

（①～④に講習（教育）名を記入して下さい）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | | 生年月日 | （西暦）  　　 　年　 月 　 日 |
| 氏名 |  | |
| 現住所 | 〒　　　－ | | | |
| 電話番号 | TEL　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　※日中連絡がとれる番号 | | | |
| 修了証番号 |  |  | | |
|  | ④ | | |
| 修　了　証  交付年月日 | 1. （西暦）　　　年 　　月　 　日 | 1. （西暦）　　　年　 　月　 　日 | | |
| 1. （西暦）　　　年　　 月　 　日 | ④ （西暦）　　　年 　　月　　 日 | | |
| 再交付の理由 | 紛 失 ・ 盗 難 ・ 損 傷 ・ 氏名変更 ・統 合  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

※氏名及び生年月日を確認できる証明書（コピー可）を添付して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(本人) | | | |  | | | | | | | |
| 会社で申込みをする場合は、下記にも記入して下さい。 | | | | | | | | | | | |
| 会員番号 |  |  | |  |  |  |  | 一 般 |  |

（西暦）　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 | (代理人） |

公益社団法人 神奈川労務安全衛生協会 厚木支部　殿

**再発行修了証のお引き取り方法をご指定ください。**

**※事務局でお引き取り・現金でお支払い**

**※郵送でお受け取り・請求書でお振り込み（ 送料が加算されます）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 手　数　料 | 扱　　者 |
|  | １，０００円 | 印 |

※申込書にご記入いただいた個人情報については、当協会が責任を持って管理し、再交付・書替え・統合の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。