

事 業 者 殿

押印省略

公益社団法人神奈川労務安全衛生協会

鶴見支部、川崎北支部 川崎南支部 共催

第1種衛生管理者国家試験受験のための講習会の開催について

第1種衛生管理者資格は、労働者50人以上を使用する製造業等の事業所は一定数の衛生管理者(第一種免許資格者)の選任を法律で義務づけられています。(労働安全衛生法第12条)。

昨年より、東京試験場が開設されたことから、神奈川の出張特別試験は実施いたしません。受験希望者を対象とした重点講習会を下記により実施いたします。国家試験取得は事業所だけでなく、個人にとっても生涯の有力な武器となりますので、是非この機会に奮ってご参加下さい。

記

1. 日 時 令和 7年10月15日(水) 9:45~17:15 (受付 9:30~)
令和 7年10月16日(木) 9:30~17:00 (受付 9:15~)

2. 場 所 かわさき保育会館 大会議室
川崎市川崎区渡田新町3-2-8 (TEL 044-333-2111)

3. 定 員 80名 (定員になり次第、締め切らせていただきます)

4. 受 講 料 受講料 (2日間)

会 員 14,720円 (税込) Net 申込の場合、300円安くなります

一 般 17,720円 (税込)

テキストが必要な場合は下記の金額が追加されます。

【テキスト代 (含消費税 10%)】

第一種…上巻2,310円、下巻2,310円、問題集2,640円

計7,260円

5. 指 導 講 師 協会専属講師

講義内容はここ数年間の出題傾向からみた重要事項についてその内容
と出題傾向にウェイトを置いた重点講義方式で進めます。

6. 申込み方法

①申込書に必要事項を記入の上 **FAX** もしくは**メール**、または、以下鶴見支部ホームページから
NET 申込みしてください。

<https://www.roaneikyo.or.jp/shibu/reserve/schedule.php?sibu=3>

②銀行振込の場合は申し込み可否状況をお確かめの上 10月8日迄にお振込みください。

③申込後に受講を取りやめる場合は、開講日4日前迄に必ず事務局までご連絡ください。当日ご連絡
のないまま取りやめた場合は受講料のお返しはできませんのでご了承ください。

④銀行振込の場合は、領収証の発行はいたしませんので、振込みご利用明細をご使用ください。もし、
領収証が必要な場合には事前にご連絡ください。

◎ (公社) 神奈川労務安全衛生協会鶴見支部

〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央3-26-4

TEL 045-503-0017

FAX 045-505-3411

◎ 横浜銀行鶴見支店

口座名 (公社) 神奈川労務安全衛生協会鶴見支部 (普通) 0064420

〈振込手数料は貴社にてご負担ください〉

7. その他

- (1) **本研修会は、鶴見支部・川崎北支部・川崎南支部 3支部共催**となっております。
- (2) 期限内に入金されない場合は、キャンセルとなる場合があります。
- (3) キャンセルは開講日の4日前までをお願い致します。以降は受講料の返金はありません。
ご了承ください。
- (4) 受講票、筆記用具(蛍光マーカー等)は、必ずご持参ください。
- (5) 申込書は、判読できない場合がありますので、楷書でご記入ください。
- (6) 会場へは、公共交通機関をご利用ください。
- (7) 会場周辺は、食事できるところが少ないので、ご注意ください。
- (8) マスク着用は個人の判断でお願いいたします。

なお、会場内は自動換気のため席によっては寒い場合があります。体温調節ができるようにご準備をお願いいたします。

受験申請は、オンラインでも可能ですので、オンラインでの申請を推奨いたします。

詳細は、関東安全衛生技術センターのHPをご覧ください。

https://kanto.exam.or.jp/exmn/H_shucho_shiken.htm

————— F A X送信表は不要です。 本紙をそのままご利用ください。 —————

※本教育は鶴見支部・川崎北支部・川崎南支部3支部共催です。

お申込み・お問い合わせ等は、担当の鶴見支部迄お願いいたします。

鶴見支部宛 (F A X : 0 4 5 - 5 0 5 - 3 4 1 1)

(Eメール : tsurumi@roaneikyo.or.jp)

第1種衛生管理者受験直前講習会 受講申込書

開催日 令和 7年10月15・16日
かわさき保育会館 2F 大会議室

フリガナ 氏 名	テキスト (○印)				振込み金額
	要	不要	受講料	テキスト代	合計
① _____ 生年月日(西暦) 年 月 日			円	円	円
② _____ 生年月日(西暦) 年 月 日			円	円	円
③ _____ 生年月日(西暦) 年 月 日			円	円	円
	合 計		円	円	円

事業所名			
所在地	〒		
連絡担当者所属・氏名			電 話 : ()
			F A X : ()
メールアドレス			
該当するところに○で囲んでください 非 会 員 会 員			(会員番号)
受講料支払いについて、下記に記入願います。			該当するところに○で囲んでください。
名分 円を令和 7年 月 日			銀行振込 現金書留 鶴見支部持参

* ご提出頂いた個人情報については、当支部が責任を持って管理し、当講習会の的確な実施にのみ利用させていただきます