

押印省略
公益社団法人神奈川労務安全衛生協会
鶴見・川崎北・川崎南支部共催

事 業 者 殿

衛生推進者養成講習会開催のご案内



拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、支部運営に格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、労働安全衛生法第12条の2及び労働安全衛生規則第12条の2により、常時10人以上50人未満（パートタイマー、アルバイト等を含む）の労働者を使用する事業場においては安全衛生推進者又は衛生推進者の選任が義務付けられております。衛生推進者は、銀行業、証券業、生保・損保業等の各店舗、飲食業、幼稚園、保育園、介護施設等などの業種においては選任が必要となります。

第三次産業の中で、特に、小売業、社会福祉施設、飲食店等の労働災害が多く発生している状況でもあることから、労働者の危険又は健康障害を防止するための措置に関する教育等の職務を実施することを義務付けております。

安全衛生管理体制強化のためにも、この機会に是非受講されますようご案内申し上げます。

敬具

記

1. 日時 令和7年12月11日（木）9時45分～16時15分（受付9：25～）
2. 場所 カルッツかわさき 大会議室
川崎市川崎区富士見1丁目1-4 TEL 044-222-5211
3. 講師 協会専任講師
4. 講習内容 下記の時間割に基づき実施いたします。
〔12月11日（木）〕5時間
・作業環境管理及び作業管理・・・・・・・・・・2H
・健康の保持増進対策・・・・・・・・・・1H
・労働衛生教育（安全衛生教育を含む）・・・・・・・・1H
・関係法令（労働衛生関係）・・・・・・・・・・1H
5. 定員 40名
6. 受講料 1名につき 10,030円（税込10%）
（受講料8,930円 テキスト代1,100円）
※当日欠席の場合、受講料は返金いたしませんのでご注意ください
7. 修了証 指定講習機関による修了証を交付いたします。

8. 本人確認 本講習会を受講される方は、講習会当日下記①～⑧にあげたうちのいずれかの本人確認証明書をご持参ください。受付時に確認させていただきます。
- ① 国の法律に定められた免許証(自動車運転免許証、衛生管理者免許証等)
 - ② 住民基本台帳(住基カード)、マイナンバーカード、住民票、戸籍抄本(謄本)
 - ③ 健康保険被保険者証(健康保険証)
 - ④ パスポート(旅券)
 - ⑤ 学生証、卒業証明書
 - ⑥ 外国人登録証明書、在留カード、特別永住者証明書
 - ⑦ 平成28年2月1日以降に交付された当協会発行技能講習修了証
 - ⑧ 平成28年2月1日以降に交付された当協会発行再交付技能講習修了証
9. 申込方法 申込みは先着順の受付とし、定員になり次第締め切らせていただきます。
- 申込書に必要事項をご記入の上、「FAX」もしくは「Eメール」にてお申込みください。なお、ネット申込みの場合は、直接、当支部ホームページ「NET申込」からお申込みください。
- <https://www.roaneikyo.or.jp/shibu/reserve/schedule.php?sibu=1>
- 受講料は、原則、銀行振込でお願いします。
- 受講票は、「Eメール」にてお送りしますので、申込書にご担当者のメールアドレスをご記入ください。
- 銀行振込（振込手数料は貴社にてご負担下さい）

横浜銀行 溝口支店 普通口座 6035043

公益社団法人 神奈川労務安全衛生協会川崎北支部
- ※原則、受講料の領収証は発行致しませんので、お振込されたご利用明細をご使用下さい。止むを得ず、請求書及び領収証が必要な場合は、申込書にご記入ください。
10. その他
- ・受講料が入金されない場合は、キャンセルとなる場合があります。
 - ・申込書には、判読出来ない場合がありますので、楷書でご記入下さい。
 - ・筆記用具、本人確認証明書を持参して下さい。
 - ・会場の駐車場は、使用出来ません。公共交通機関をご利用ください。
 - ・講習会の欠席及びキャンセルの連絡は、支部稼働4日前（12/5（金））までにご連絡ください。
 - ・それを過ぎてからの欠席及びキャンセルは、受講料の返金は、いたしませんのでご注意ください。
 - ・会場の周辺は、食事をする場所が少ないのでご注意ください。
 - ・講習時のマスクの着用は、個人の判断でお願いします。

以上

※本講習は、鶴見支部・川崎南支部・川崎北支部の3支部共催です。

お申込みは川崎北支部へ、お問合せは、各支部へお願いいたします。

川崎北支部 宛 FAX：044-850-8641

Eメール：kawakita@roaneikyo.or.jp

12/11（木）衛生推進者養成講習会 申込書

・開催日 令和7年12月11日（木）

・場 所 カルッツかわさき 大会議室

フリガナ 氏 名	生 年 月 日 (西暦で記入)	現 住 所	
		〒	
		〒	
		〒	
事業所名			
所在地	〒		
連絡担当者氏名		部署名	
TEL		FAX	
メールアドレス			
※該当するところを○で囲んでください。 会 員 ・ 非会員		[会員番号：]	
受講料のお支払いについて、下記にご記入願います。		該当するところを○で囲んでください。	
名 分 円を、令和7年 月 日		銀行振込 ・ 支部へ持参（現金）	

ご提出いただいた個人情報については、当支部が責任を持って管理・保管し、本講習の的確な実施の為のみ、利用させていただきます。