**FAX：043-241-2670** 公益社団法人 千葉県労働基準協会連合会　御中

令和2年　　月　　日

**受講日振替連絡票**

受講日の振替を希望しますので、つぎの通りご連絡いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講習日 | 令和2年5月18日～20日 | 講習名 | 第1種衛生管理者受験対策実践講習 |
| ご連絡先 | ※どちらかに☑を入れてください。□ 受講者本人□ 事業場ご担当者　　事業場名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　ご担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| お電話番号 |  |

【受講者情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講番号 | 受講者氏名 | 振替希望日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

※**令和2年6月10日（水）までにFAXでお送りください。**

※令和2年度開催の講習予定日から振替希望日をお選びください。

※振替後の受講票は、Web会員にご登録いただいたメールアドレスに送信いたします。

メールアドレスのご登録がない方には郵送いたします。

※振替希望日が定員に達している場合はご連絡いたします。

※振替希望が未定の方にはご返金いたしますので、返金依頼書に必要事項をお書きのうえFAXしてください。

《お問合せ先》　公益社団法人 千葉県労働基準協会連合会　　Tel：043-241-2626

〒260-0026　千葉県千葉市中央区千葉港4-3千葉県経営者会館305号