

特別教育・安全衛生教育・養成講習
修了証（再交付・書替）申込書

申込理由(○印を記入)			講習修了証名	修了証番号	交付年月日
再交付	書替				
紛失	汚損	改姓			昭・平 令
紛失	汚損	改姓			昭・平 令
紛失	汚損	改姓			昭・平 令
ふりがな			ふりがな		
氏名			旧姓 (該当者のみ記入)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日			※旧姓等の併記希望あり <input type="checkbox"/> 希望者のみ <input checked="" type="checkbox"/> 記入 【旧姓等が併記されている住民票、運転免許証等を添付】	
住所	〒				
連絡先TEL	() — ()			(自宅・職場・携帯) ※日中連絡が取れるところ	
領収書宛名	記載がない場合は申込者氏名で発行致します		備考		

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会 長 殿

令和 年 月 日

申込者

印

【申込方法】

本申込書に必要事項をご記入の上、手数料および必要書類を合わせて下記の申込先へお送りください。

【再交付手数料】 手数料は下記のいずれかの方法でお支払いください。

1件につき

2,200円

(消費税込み)

①現金書留：申請書類等も同封してお送りください。

②口座振込：振込証のコピーを同封してください。

【振込先】ゆうちょ銀行 口座番号:00640-3-14656 加入者名:(一社)新潟県労働衛生医学協会

※払込票の通信欄に「修了証再交付」とご記入ください。振込手数料は振込人にてご負担願います。

申込理由			必要書類 ※該当する申込理由の●印の必要書類をお送りください。	
紛失	汚損	改姓	● ● ●	本申込書 必要事項を黒ボールペンで記入
●	●	●	● ● ●	返信用封筒 封筒に返信先を記入し、84円切手を貼ったもの
●	●		● ●	本人確認書類 住民票【原本】、自動車運転免許証の写(表裏)など、氏名・生年月日が確認できる公的書面 (マイナンバーの記載がないもの)
		●	●	戸籍抄本等 変更した経緯が確認できる公的書類(旧氏名と新氏名が確認できるもの) 【戸籍個人事項証明書(原本)、住民票(原本)等】※マイナンバーの記載がないもの
	●	●	● ●	旧修了証 紛失以外でお申込の際は必ず返却してください。

【お問合せ・申込先】

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会 教育研修部

〒951-8133 新潟市中央区川岸町1-47-7 TEL 025-201-9363 FAX 025-201-9373

※この申込書の個人情報は、その保護に十分に配慮し再交付業務の範囲内に限り、使用させていただきます。

処理欄

No.

¥