

2024年9月

事業者 殿

主催 (一社) 埼玉労働基準協会連合会
(登録番号 T6030005000549)
(一社) 川越地区労働基準協会
(受付・収納代行業者)

「衛生推進者」養成講習開催のご案内

労働安全衛生法では、次の業種及び規模の事業場について、一定の資格をもった「衛生推進者」を選任し、その者に労働衛生に係る一定の業務を担当させることが義務づけられています。当連合会はこの資格養成講習機関として、所沢地区協会の協力のもと、県西地区では年に1回のみ開催しております。この機会に、是非とも受講されますようご案内申し上げます。

※衛生推進者の選任を要する業種及び規模

次の業種以外の業種で、常時使用する労働者数が10人以上50人未満の事業場。

林業、鉱業、建設業、運送業、清掃業、製造業(物の加工業を含む)、電気業、ガス業、熱供給業、水道業、通信業、各種商品卸売業、家具・建具・じゅう器等卸売業、各種商品小売業、家具・建具・じゅう器小売業、燃料小売業、旅館業、ゴルフ場業、自動車整備業、機械修理業。

記

1 日 時 2024年11月1日(金) 9:30~16:30
2 会 場 埼玉医科大学かわごえクリニック 6F 大会議室
川越市脇田本町21-7 [JR川越駅西口5分]

3 定 員 80名 ※定員になり次第、締切りとさせていただきます。
4 講習費用 12,100円

内訳: 受講料 11,000円(消費税含む)、テキスト代 1,100円(消費税含む)

※納入いただいた講習費用はお返しいたしません。

5 講習科目 ①衛生推進者の職務 1時間 ②労働衛生関係法令 1時間
③危険性又は有害性等の調査等・作業環境管理と作業の管理 1時間
④健康の保持増進 1時間 ⑤労働衛生教育 1時間

*講習日程は、講師の都合により変更になることがあります。

6 修了証 修了者には、講習修了後に、所定の資格修了証を交付いたします。
但し、遅刻・早退者等には交付いたしません。

7 申込方法 *申込書に下書き段階で **fax (049-242-0613)** して下さい。
その後、受付の可否等ご連絡いたします。
受付決定通知後、受講申込書、返信用封筒(84円切手貼付、宛先明記)を、下記申込先
にご送付ください。但し、9/20以降は、110円切手を貼付してください。
到着次第「受講票」と「インボイス請求書」「払込取扱票」(郵便局)をお送りいたします。

8 締 切 日 10月18日(金) ※定員になり次第、締切りとさせていただきます。

9 申 込 先 (一社) 川越地区労働基準協会
〒350-1124 川越市新宿町2-6-9 TEL:049-244-9422 FAX:049-242-0613

10 そ の 他 (1) 事務処理上、講習当日の受付はいたしません。
(2) テキストは講習当日にお渡しいたします。マスクを着用ください。

衛生推進者養成講習受講申込書(川越分)

受講番号

フリガナ 氏名		旧姓を使用した氏名又は通称の併記を希望する場合記入 旧姓の氏名又は通称	会場 埼玉医科大学 川越クリニック
生年月日 昭和・平成 年 月 日生(歳)		電話番号(個人申込のみ記入)	開催日 6年11月1日
住所 ※本人確認書類に記載されている住所を記入 〒 -			

勤務先 (個人申込は 記入不要)	事業場名			
	所在地	〒 -		
	業種		労働者数	名
	申込担当者の所属部署・氏名			
	TEL		FAX	

[本人確認書類貼付欄] 下記のいずれかを貼り付けてください。(※必須)

- 自動車運転免許証のコピー(表裏:有効期間内のもの)
- 健康保険証のコピー(表裏:住所が記載されていることを確認してください。)
- マイナンバーカードのコピー(表のみ:氏名、生年月日、住所が記載されている面)
- 在留カードのコピー(表裏:有効期間内のもの)
- 住民票(貼付せず添付してください。コピー不可、個人番号がないもの、申込日の6ヶ月以内に発行されたもの)
- 戸籍抄本(貼付せず添付してください。コピー不可、申込日の6ヶ月以内に発行されたもの)

* 修了証に旧姓を使用した氏名又は通称の併記を希望する場合、旧姓又は通称が確認できるものを貼付(添付)してください。

記載事項に相違なく申し込みます。 令和 年 月 日 一般社団法人 埼玉労働基準協会連合会長 殿

※ご記入いただいた個人情報は、講習実施の目的以外に使用することはありません。

連合会 記入欄	受付日	入金日
	/	/

修了証 交付番号	
-------------	--

切り取らないでください

衛生推進者養成講習 受講票

受講番号 川

(一社)埼玉労働基準協会連合会

氏名	※記入してください	
事業場名	※記入してください	
【 埼玉医科大学川越クリニック 】		
第1日	11月1日(金)	9:30~

- 本票は講習当日に持参してください。
- テキストは講習当日にお渡しいたします。
- 開場時間は9:10です。

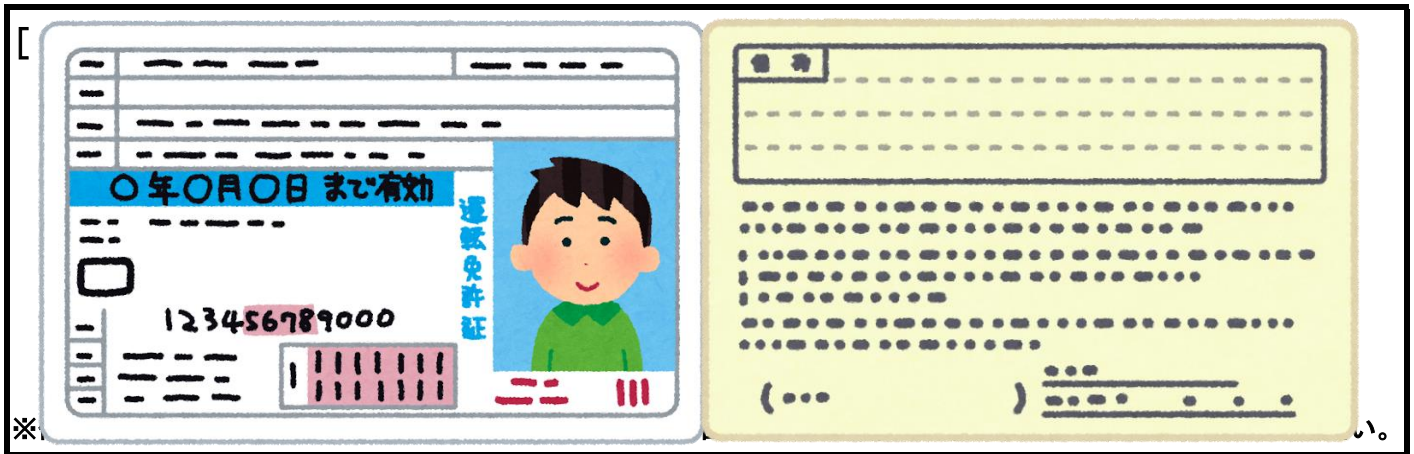


【記入例】 安全衛生推進者養成講習 受講申込書

受講番号 _____

フリガナ 氏名	アンゼン タロウ 安全 太郎	旧姓を使用した氏名又は通称の併記を希望する場合記入 旧姓の氏名又は通称	会場 埼玉医科大学 川越クリニック
生 年 月 日 昭和 ○年 ○月 ○日生 (○○ 歳)	電話番号(個人申込のみ記入)	開催日 △年 △月 △日 △年 △月 △日	
住 所 ※本人確認書類に記載されている住所を記入 〒○○○ - ○○○○ 埼玉県さいたま市浦和区△△△1-2-3			

勤務先 (個人申込は記入不要)	事業場名	社会福祉法人さいたま会 衛生保育園		
	所在地	〒○○○ - ○○○○ 埼玉県さいたま市大宮区△△678		
	業種	医療・福祉	20名	
	申込担当者の所属部署・氏名	園長 協田 会子		
	TEL	○○○ - ○○○ - ○○○○	FAX	○○○ - ○○○ - ○○○○



記載事項に相違なく申し込みます。 令和 □年 □月 □日 一般社団法人 埼玉労働基準協会連合会長 殿
※ご記入いただいた個人情報は、講習実施の目的以外に使用することはありません。



切り取らないでください

安全衛生推進者養成講習 受講票

受講番号 _____

(一社)埼玉労働基準協会連合会

氏名	※記入してください 安全 太郎	
事業場名	※記入してください 社会福祉法人 さいたま会 衛生保育園	
第1日	△月△日(○)	9:00~
第2日	△月△日(○)	9:00~

- 本票は講習当日に持参してください。
- テキストは講習当日にお渡しいたします。
- 開場時間は8:40です。

駐車場はありません。公共交通機関をご利用ください。

