

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) 所沢地区労働基準協会
(受付・収納代行事業者)

「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おります。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

- 日 時 2024年11月1日(金) 9:30~16:30
- 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]
- 定 員 80名 ※定員になり次第、締切りとさせていただきます。
- 講習費用 12,100円
内訳:受講料11,000円(消費税10%1,000円含) テキスト代1,100円(消費税10%100円含)
※納入いただいた講習費用はお返しいたしません。
- 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。
- 申込方法 9月3日(火) 10:00より電話予約をして下さい。→TEL:04-2922-8382
*請求書または領収証が必要な場合は、電話予約の際にお申し出ください。
①電話予約後、受講料を下記口座へお振込ください。振込手数料はご負担願います。
振込先:埼玉りそな銀行 新所沢支店 普通1448718
名義:一般社団法人 所沢地区労働基準協会
*銀行発行の振込金受取書をもって領収書に代えさせていただきます。
②受講申込書(本人確認書類を貼付)・返信用封筒(84円切手貼付、宛先明記)を郵送。
郵送先:(一社)所沢地区労働基準協会 ☎359-1111 所沢市緑町3-7-10
なお、9月20日以降郵送される場合は、返信用封筒に110円切手を貼付してください。
③申込手続き期限:10月11日(金)
※10月11日(金)までに受講料のお支払いおよび申込書の提出が確認できない場合は申込を取消とさせていただきます。
- 修了証 本講習の全課程修了者には、修了証を交付いたします。
- その他 (1) お申込みのキャンセル及び別日時への変更はできません。
(2) テキストは講習当日にお渡しいたします。講習中はマスクの着用をお願いします。
(3) 昼食はご持参ください。

衛生推進者養成講習受講申込書(所沢分)

受講番号 所沢-

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 所沢-

(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。

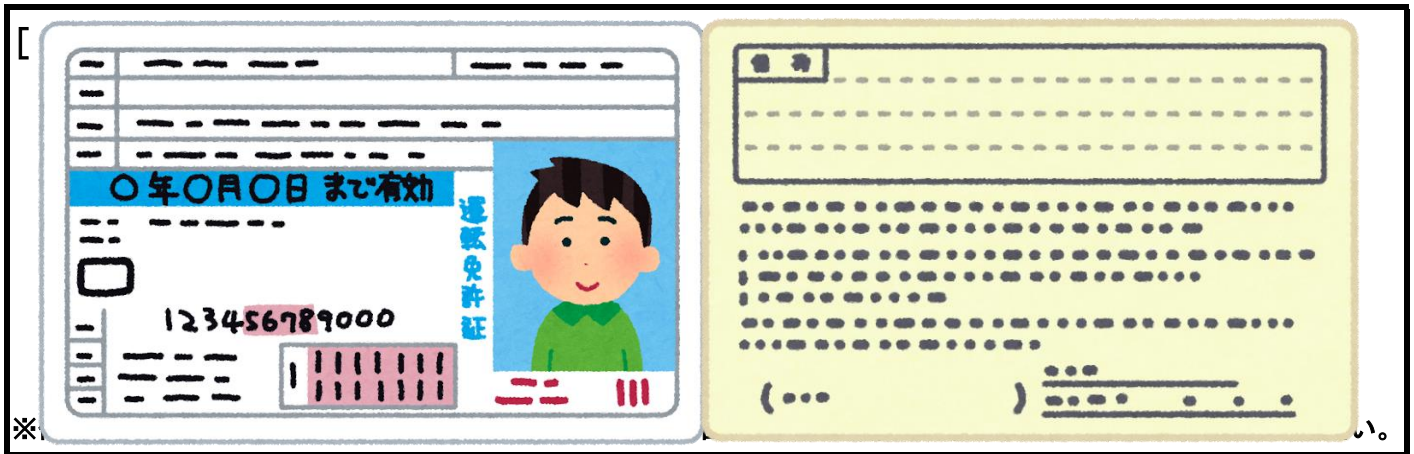


【記入例】 安全衛生推進者養成講習 受講申込書

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。

