

正 会 員 各 位

一般社団法人 埼玉県電業協会
会 長 積 田 優
事故防止対策委員長 山 本 和 利
(公印省略)

令和6年度 保護具着用管理責任者教育について(ご案内)

労働安全衛生規則等の一部を改正する省令(令和6年4月1日施行)により、化学物質のリスクアセスメントを行い、その結果に基づく措置として労働者に保護具を使用させるときは、「保護具着用管理責任者」を選任することが必要になりました。(労働安全衛生規則12条の6)

つきましては、(株)安全衛生推進会へ委託し、協会正会員向け標記講習会を開催いたしますので、対象従業員の受講について、格別のご配慮を下さる様お願い申し上げます。

協会としてこの講習の受講料について10,000円の補助(1社2名まで)をいたします。

受講申込みについては、事前に別添の申込書に必要事項を記入の上、事務局へFAXにて(048-864-0327)ご提出いただき、その後原本を4月19日(金)までに郵送またはご持参ください。

1. 期 日 令和6年 5月21日(火)
2. 講習時間 9:00~17:40
【 8:45までに来場 】
3. 場 所 (株)安全衛生推進会 『南浦和教育センター』
さいたま市南区南浦和2-41-17 TEL 048-813-6601
4. 受講料 12,000円(下記口座にお振込みください)
※委託先受講料22,000円より協会補助10,000円を引いた金額
《22,000円10%対象20,000円(消費税2,000円)》
※申込書提出期限と同じく、4月19日(金)までのお振込みでお願いいたします。
5. 定 員 36名(先着順)
※最小開催人数は10名となっております。定員に満たない場合開催されない場合がございます。
6. 申込方法等 別紙申込書に必要事項を記入の上、協会事務局までFAXし、その後原本を郵送かご持参での提出。
※申込書は、(株)安全衛生推進会のHPからもダウンロードできます。

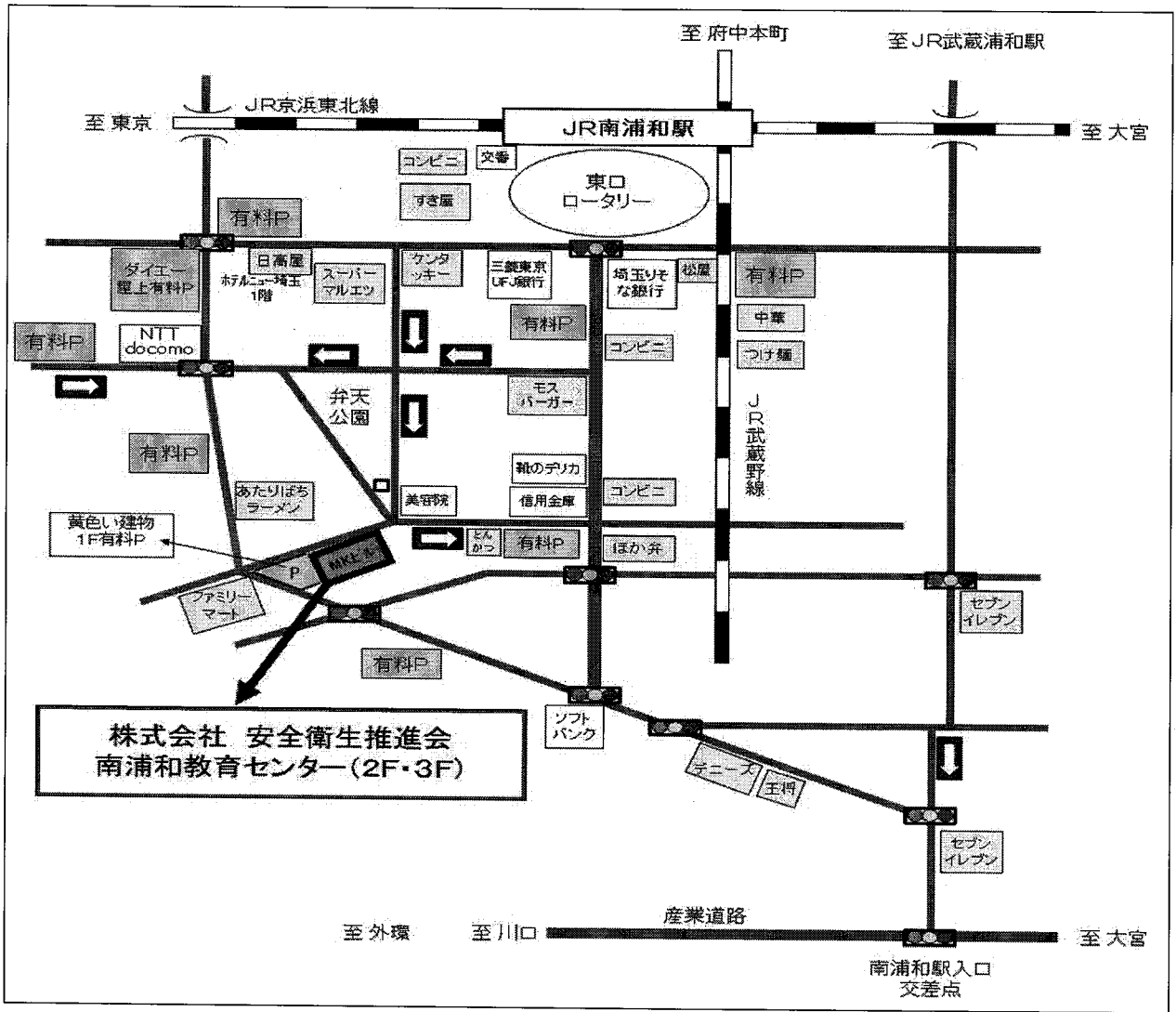
※4月19日(金)必着

振 込 先

埼玉りそな銀行	県庁支店	普通	0156023
武蔵野銀行	県庁前支店	普通	43636
口座名義人	一般社団法人	埼玉県電業協会	会長 積田 優
		登録番号	T7-0300-0501-5587

*振込手数料はご負担ください。

㈱安全衛生推進会 南浦和教育センター
 〒336-0017
 さいたま市南区南浦和 2-41-17 MKビル 2F・3F



- ☆ 協会事務局へ郵送・提出するもの
1. 「講習受講申込書」に記入、押印したもの
 2. 写真2枚（縦3cm、横2.5cm、6ヶ月以内に撮影、上三分身、正面脱帽）
 写真は鮮明なものに限る。加工したものや普通紙に印刷したものは不可

B票 書き案内: 特別教育、職長・安責者等一般教育用

特に以下の部分、モレのないよう記入し、弊社宛にFAXしてください。

※このチェック表はFAX不要です

FAX送信先: 048-864-0327

申込書 チェック項目

	項目	内容	チェック
上欄(本人欄)	本人署名・押印	必ず本人が署名し、押印する	
下欄(会社欄)	担当者職氏名	内容不備の時、回答いただける方	
	代表者職氏名押印	代表者の印鑑を押印。支社・支店などの場合は、出先代表者の印鑑でも可	
	※個人事業主の場合	会社欄は屋号があれば記入。なければ受講者本人の名前を記入。所在地、代表者職氏名は、受講者の情報を記入	
写真	合計2枚必要(申込書、修了証用)。縦3cm×横2.5cm。裏に名前を記入。帽子、サングラスは不可。スナップ写真、顔の一部が切れているもの不可。会場が弊社教育センターの場合は、1枚250円で撮影もしています。		
※受講者が複数の時は、申込書を人数分コピーしてご記入ください。			

内容不備の場合、後日申込書を郵送していただきます。

FAX時は写真貼付、押印は必要ありません。講習会当日申込書原本と一緒に持ち下さい。
申込書がこちらに届きましたら、受講票(振込先が記載されています)と講習会場の地図を、FAXにてお送りさせていただきます。

どうぞよろしくお願い致します。

用紙サイズ
A4使用

※記入の際は、ボールペンをご使用下さい。
 本申込書（B票）をFAXにて送付願います。
 本申込書（B票）の原本は、写真を添えて当日又は、講習前に提出して下さい。

令和元年
5月1日版

(B) ()

教育講習受講申込書

FAX送信先 **048-864-0327**

[講習月日:令和 年 月 日()~ 日()]

★講習会場を選択して下さい

()南浦和教育センター ()郡山教育センター ()一関教育センター ()他会場

※個人情報保護の観点から、ご記入いただきました受講者の個人情報は正当な事業遂行範囲内での利用とし、受講者の同意無しに第三者への提供はいたしません。

受講番号 _____

ふりがな				自宅電話	
氏名				携帯電話	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	生 満 才
本籍	都・道・府・県			職 種	
郵便番号	〒	□	□	□	- □ □ □ □ □ □
住所					

写 真
2枚準備し、
1枚をのりづけ
3.0cm×2.5cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

受講者
(本人)

印

上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

(株)安全衛生推進会 殿

会社名			
TEL		FAX	
郵便番号		担当者 職氏名	
所在地			
代表者 職氏名			

印

e-mail アドレス等各種案内
の連絡先(希望者のみ記入)

※安全衛生推進会使用欄

修了証番号

交付年月日

☆納付後の受講料は、お返しできません！
日程をよく調整した上でお申し込み下さい。

※不足の場合、A4サイズにコピー(感熱紙不可)してお使い下さい。