

一般社団法人新潟県浄化槽整備協会 行 (FAX : 025-283-2085)

令和5年 月 日

「令和5年度浄化槽管理士研修」受講申込書

事業所住所	〒		(協会使用欄)
事業所名			
代表者氏名			
担当者氏名			
電話番号		FAX番号	
登録番号	(県登録番号)		(新潟市登録番号)

以下のとおり、浄化槽管理士研修の受講について申込みます。

No	受講者名※1	生年月日※2	浄化槽管理士 免状番号	会場名※2
1	フリガナ	昭和・平成 年 月 日		1 新潟 2 三条
2	フリガナ	昭和・平成 年 月 日		1 新潟 2 三条
3	フリガナ	昭和・平成 年 月 日		1 新潟 2 三条
4	フリガナ	昭和・平成 年 月 日		1 新潟 2 三条
5	フリガナ	昭和・平成 年 月 日		1 新潟 2 三条

注：6名以上の受講申込の場合は、この申込書をコピーの上、1枚目と合わせて送付願います。

※1 ・浄化槽管理士免状に記載されている文字を記載願います。

・他都道府県での研修修了者は、同欄の下部余白に、「〇県令和〇年〇月研修修了」と記載してください。

※2 元号と会場名は、該当を○で囲んでください。