

該当する1～11のすべてのチェックが終わりましたら、
FAX 092-408-7613 または メール sh@axtu.org
までご返信ください。

記入日：令和 年 月 日

(一社)労働安全衛生推進協会 出張講習チェックリスト

ご希望の講習

種別：技能講習・特別教育・安全衛生教育

講習名：

受講希望時期： (平日・土日)

事業内容：

お申込者様について

ご担当者様：

会社名：

〒 所在地：

電話/FAX： /

メールアドレス：

※「2」・「5」・「10」につきましては、該当される場合のみご記入ください。

内 容		○または×
1	学科会場として使用できる部屋がある	
2	(「1」が無い場合のみご記入ください) 公民館・市民センター等を借りることができる	
3	学科会場にプロジェクター、スクリーンを置ける広さがある ※スクリーンから約2m程度。白壁への投影・45型以上HDMI端子付きテレビでも可	
4	受講当日、次の物の準備ができる(該当するものに「✓」してください) □スクリーン □プロジェクター(HDMI端子付き) □スピーカー □ホワイトボード ※20名様未満の場合、スピーカーのみ不要	
5	(「4」が難しい場合のみご記入ください) 当協会より、スクリーン・プロジェクター等を借りる →以下4つのいずれかに○をつけた上で、チェックをご記入下さい スクリーンのみ ・ プロジェクターのみ ・ スピーカーのみ ・ 3つとも 【貸出費用】 スクリーン：2000円、プロジェクター：5000円、スピーカー：1000円	
6	出張先の詳しい住所をご記入下さい ※出張料金が掛かる場合があります 〒	
7	「6」の敷地内に専用の駐車場がある	
8-1	技能講習をお申込みの方 > 受講希望人数が 10名以上 (受講予定人数：____名様) (※技能講習は福岡県内限定)	
8-2	特別教育・安全衛生教育をお申込みの方 > 受講希望人数が 6名以上 (受講予定人数：____名様)	
9	学科会場予定場所・実技会場予定場所の写真をメールで送ることができる ※送り先： sh@axtu.org	
10	(「9」が難しい場合のみご記入ください) 当協会職員による事前の会場下見が可能である ※別途費用が掛かります	
11	日本語で「読み・書き・聞く・話す」ができない受講者がいる	
12	当協会が発送するテキスト等、講習に使う物を事前に宅急便等で受け取ることができる ※上記お申込者様と違う送り先をご希望の場合はご住所・宛先をご記入ください 〒 様	