

安全衛生推進者能力向上教育(初任時)

労働安全衛生法により、常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場では、業種により「安全衛生推進者」又は「衛生推進者」の選任が義務付けられております。

つきましては、「安全衛生推進者」に選任された方の能力向上に必要な教育(安衛法第19条の2)を事業者に代わって下記により開催いたしますのでご案内申し上げます。

なお、この講習会には「衛生推進者」の講習範囲も含まれておりますので、衛生推進者の選任事業場の方もこの機会に受講されますようご案内申し上げます。

1. 日 時 令和8年12月1日(火) 8:45~17:05 (受付8:30 リンゲーション8:45)
※集合時間は厳守してください。遅刻、早退、欠課の場合は受講修了と認められませんのでご注意ください。
2. 会 場 気仙教育会館(大船渡市盛町字東町14-2) ◎駐車場あり *玄関前には駐車しないでください。
3. 選任対象事業場 ◎安全衛生推進者を選任しなければならない業種
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・小売業 家具・建具・じゅう器等卸売・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
※上記以外の業種は『衛生推進者』を選任する必要があります。
4. 受講対象者 1. 事業主から選任された安全衛生推進者で初任時教育を受講していない者
2. 安全衛生推進者(衛生推進者)に選任を予定している者
◎安全衛生推進者(衛生推進者) 資格要件
(1) 学校教育法による大学又は高等専門学校を卒業した者で、その後1年以上安全衛生の実務(衛生推進者の場合は衛生の実務。以下同じ)に従事した経験を有する者
(2) 学校教育法による高等学校又は中等教育学校を卒業した者で、その後3年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者
(3) 5年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者
(4) 厚生労働省労働局長が定める講習(安全衛生推進者養成講習等)を修了した者
(5) 安全管理者及び衛生管理者・労働安全コンサルタント・労働衛生コンサルタントの資格を有する者
5. 受講料等 【会 員】 10,120円(消費税10%込)(受講料7,700円 テキスト代2,420円)
【非会員】 13,420円(消費税10%込)(受講料11,000円 テキスト代2,420円)
6. 定 員 20名 ※申込者数が少ないときは開催を中止することがあります。
7. 申込締切日 11月10日(火) ただし定員になり次第締め切らせていただきます。
締切日までに受講料のお支払いがない場合は、申込みが取消しされることがありますので
ご注意ください。
8. キャンセルの取扱 11月20日(金)以降の申込取消及び欠席については、受講料のお返しはできません。
9. 申込方法 裏面の「受講申込書」に受講料・テキスト代を添えて下記までお申し込みください。
(申込書はFAXでも可能ですが、原本も提出願います。)
※銀行振込の場合は申込締切日までに下記口座へお振込みください。
お振込みの方には、受講票発送時領収証を同封させていただきます。

(公財)岩手労働基準協会 大船渡支部 電話 0192-47-3882 FAX 0192-47-3887
〒022-0003 大船渡市盛町字中道下2-25 大船渡商工会議所 別棟2階
岩手銀行 大船渡支店(普) 0318834 ※お振込手数料はご負担願います

10. カリキュラム

時 間	講 習 科 目
8:45~ 8:50	リンゲーション
8:50~12:00	安全衛生管理の進め方(3H)
12:50~14:55	危険性又は有害性等の調査及びその結果に基づき講ずる措置等(2H)
15:00~16:00	安全衛生教育(1H)
16:05~17:05	関係法令(1H)
(休憩 9:50~9:55、10:55~11:00、昼食 12:00~12:50、休憩 13:50~13:55、14:55~15:00、16:00~16:05)	

11. そ の 他

- (1) 受講票は後日郵送いたします。5日前までに届かないときは当支部へご連絡ください。
- (2) 所定の時間受講した方に「修了証」を交付いたします。
- (3) 当協会では、受講者を対象とした「賠償責任保険」に加入しています。

※協会使用欄

安全衛生推進者能力向上教育(初任時) 受講申込書

原本照合確認

講習日 令和8年12月1日(火)

ふりがな					
氏 名				生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成
		併記を希望する場合の旧姓又は通称			
現 住 所		(番地まで詳しくご記入ください) TEL() () () 〒 —			
経験証明欄		受講資格(案内4番記載)の()番に該当することを証明いたします。 事業所名 事業主名 ⑧			
勤 務 先	所 在 地	〒 — TEL() () () FAX() () ()			
	事業所名				担当者名 内 線 ()
※該当箇所に○印を お付けください。		(公財)岩手労働基準協会会員の有無		会 員	非会員
		受 講 票 送 付 希 望 先		勤務先	自 宅
		受講料振込予定日 月 日			

令和 年 月 日

受講者名(本人自署) _____

公益財団法人 岩手労働基準協会長 殿

〈記入に際しての注意事項〉

- 1)「氏名(ふりがな)」、「生年月日」、「現住所」欄には、誤りのないようはつきり、丁寧にご記入ください。(鉛筆書き不可)
- 2)訂正の場合は二重線で訂正してください。(訂正印不要) 修正テープ不可。
- 3)忘れずに担当者名をご記入ください。
- 4)「氏名」の欄は、旧姓を使用した氏名又は通称の併記を希望する場合には、併記を希望する氏名又は通称を記入してください。(旧姓を使用した氏名の場合:戸籍謄本のほか、旧姓を併記した住民票、自動車運転免許証等の証明書を添付(写し)すること。通称の場合:住民票又はそれに類する証明書を添付(写し)すること。)いずれも受講当日正本を提示してください。

※申込書に記入していただいた個人情報、本講習実施のために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外には一切使用しません。