

事業主各位

一般社団法人長崎県労働基準協会佐世保支部

## 「リスクアセスメント実務研修会」開催ご案内

労働安全衛生マネジメントシステム等に取り組みられる事業場において、リスクアセスメントの仕組みの整備、実施の企画、管理を担当される方を対象にリスクアセスメント導入における手法についての研修会を開催しますので是非受講されますようご案内申し上げます。

### 1. 講習日程および会場

**※遅刻厳禁 10分前までに受付を済ませて下さい**

講習日程	開始時刻	講習会場
令和6年12月3日(火)	9:00～	交通会館 (駐車場なし) 佐世保市栄町 7-12 (TEL0956-25-3500) 【☎ 問い合わせ・連絡は、3.の申込先へ】

### 2. 申込方法

下記の①→②に従ってお申込み下さい

※予約申込みは致しません

#### ① まず受付開始日にお電話下さい

受付開始日令和6年10月31日(木)9:00より  
(受付時間9:00～17:00)

電話番号 0956-42-0020

先着順に受け付け、定員になり次第キャンセル待ちとなります。

電話でA～Eを順に  
伝えてください

- A 受講する講習名
- B 事業場名
- C 受講者数
- D 電話番号・連絡先
- E 担当者名

#### ② ①にて電話受け付け完了後、受講申込書を3.申込先へ送付または持参下さい

**持参の場合** 受講申込書(本人確認書類添付)と受講費用を当協会へお持ち下さい。  
受講費用は後日振込みも可 ②16:00以降は不在の場合がありますので  
ご連絡の上お越し下さい。(駐車場:1台有り)

**送付の場合** 受講申込書(本人確認書類添付)と返信用封筒(110円切手貼付)を同封の  
うえ送付して下さい。(現金書留可)  
受講申込書到着、受講券とご請求書を送付いたします。

※指定の期日までに受講費用をご入金後 **申込み完了**となります。

●**申込の取消** 返金の有無にかかわらず取消しのご連絡をお願いします。

11月26日(火)17時まで → 受講料の**全額返金** その後は → **返金出来ません**

### 3. 申込先

〒857-0034 佐世保市万徳町 1-11 川津ビル 1F

一般社団法人 長崎県労働基準協会 佐世保支部 TEL0956-42-0020

### 4. 受講費用

※テキスト改訂

	受講料	テキスト代	合計(10%税込)
会員	¥14,520 (内税¥1,320)	¥1,760 (内税¥160)	<b>¥16,280</b>
一般	¥16,720 (内税¥1,520)	¥1,760 (内税¥160)	<b>¥18,480</b>

### 5. 講習科目

時間は講習の進行状況により若干変更することがあります

	時間 (休憩を含む)	カリキュラム
12/3 (火)	<b>8:50までに 入場下さい</b>  9:00~17:00	OSHMS におけるリスクアセスメントの目的と意義 OSHMS の概論、リスクアセスメントの基本
		リスクの見積もり方法 リスク低減のための優先度の設定(評価)
		〈演習〉リスクの見積もり、評価
		危険性又は有害性の特定(リスクの洗い出し) リスク低減措置の検討と実施
		〈演習〉危険性又は有害性の特定、見積もり、評価、低減措置 導入から運用まで
		〈演習〉リスクアセスメントの実施

### 6. 持参するもの

受講券と一緒にお渡りする**別紙**にてご確認ください

#### 注意

※ 全カリキュラムを必ず受講して下さい。

※ **遅刻・早退・欠課等をされますと修了証を交付することができません。**

厚生労働省通達(平成12年9月14日付基発第577号)のリスクアセスメント担当者研修を修了したことになります。

◆受講希望者が10名以下の場合、研修会を中止することがありますのでご了承ください。

- ①楷書で丁寧に記入してください(鉛筆は不可)  
 ②用紙サイズはA4でお願いします  
 ③※印は記入しないこと  
 ④本人確認書類の添付を必ずお願いします  
 ⑤誤記入の場合➡二重線で訂正の上、訂正印を押印(修正テープ等は使用不可)

## リスクアセスメント実務研修会受講申込書

- ①自動車運転免許証(表裏)  
 ②健康保険証(表裏)  
 ③在留カード(表裏)  
 ④住民票(マイナンバーの記載がない、6ヶ月以内に発行のもの)  
 ⑤マイナンバーカード(表面のみ)
- いずれかの写しを本人確認書類として必ず添付してください  
 ※①③は記入がない場合も裏面の写しが必要です  
 ※②は裏面に現住所を記入の上コピーを取って下さい

		受講番号		※	
受講者	ふりがな				
	氏名	生年月日		昭和	年 月 日
				平成	( 才 )
	現住所				
	郵便番号			電話番号	( )
				携帯番号	( )

◎ 氏名・生年月日・現住所は本人確認書類と一致すること

所属事業場	ふりがな					
	事業場名					
	所在地					
		郵便番号			電話番号	( )
					FAX番号	( )
	連絡担当者	部署			氏名	
	職名					
	会員・一般の区分 ✓をお願いします	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般		加入支部名 (会員の場合)	支部	
申込年月日	申込者(受講者又は事業場)					
年 月 日						

ご記入いただきました個人情報につきましては、当支部が責任をもって管理し、本講習の目的以外には使用いたしません。本申込書を当支部が受理した時点で、申込人が、当該利用目的に同意されたものとみなします。

一般社団法人 長崎県労働基準協会 佐世保支部長 殿

修了年月日	※	修了証番号	※
摘要	※		