様式第３号（第17条関係）

労働安全
労働衛生コンサルタント登録申請書

収入印紙 （消印してはならない。）

①ふりがな 氏名			
旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無 （いずれかを○で囲む）	有　／　無		
併記を希望する氏名又は通称			
②生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日		
③住所	〒（　　―　　）		
④事務所の名称及び所在地	〒（　　―　　）		
⑤合格した試験の区分			
⑥試験合格年月日	年　　月　　日		
⑦合格証番号		⑧連絡先及び電話番号	

私は、上記により労働安全
労働衛生コンサルタントの登録を受けたいので申請します。

なお、次の欠格事項には該当していません。

１　精神の機能の障害により労働安全
労働衛生コンサルタントの業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者

２　労働安全衛生法又はこれに基づく命令の規定に違反して、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して２年を経過しない者

３　労働安全衛生法及びこれに基づく命令以外の法令の規定に違反して、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して２年を経過しない者

年　　月　　日

申請者　氏名

厚生労働大臣
指定登録機関　殿

様式第三号から様式第四号までを次のように改める。