

埼玉県高圧ガスマイスター支援要請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県危機管理防災部化学保安課長

所在地

事業所名

代表者名

印

埼玉県高圧ガスマイスター制度実施要綱第6条の規定により、下記のとおり埼玉県高圧ガスマイスターの支援を要請します。

記

支援を実施する場所	所在地
	名称
	最寄り駅及び交通手段※ 〔 〕 駅から <input type="checkbox"/> 徒歩〔 〕分 <input type="checkbox"/> タクシー〔 〕分 <input type="checkbox"/> バス〔 〕行き〔 〕 停留所 <input type="checkbox"/> 下車徒歩〔 〕分
支援の形態※	<input type="checkbox"/> 事業所における技術指導 <input type="checkbox"/> 講習会による教育事業
支援を求める内容	
支援実施時期※	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年 月頃
連絡先	担当部署
	担当者名
	電 話 FAX
	E-mail

※該当する□にチェックしてください。(複数回答可)

注1)原則として実施時期日の2か月前までに申請してください。

注2)支援を実施する場所の地図を添付してください。

注3)支援を求める内容についての記述欄が足りない場合は別紙を添付してください。