

規則の改訂により、「申込書(様式1)」の他、「誓約書(様式1)」および「推薦書(様式2)」もご提出いただくことになりました。  
 受講をご希望の方は全ての書類に必要事項をご記入、ご捺印の上、お申し込みください。お申込は先着順になりますので、先にFAX又はメールでお申しいただき、その後原本をご郵送下さい。  
 (申込先: 公益社団法人 日本空気清浄協会 FAX: 03-3665-5593 E-Mail: shimozawa@jaca-1963.or.jp 〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2丁目7番5号 伊藤紅浜町ビル 3階)

(不明な点がございましたら、事務局までご連絡ください (TEL: 03-3665-5591 JACA 事務局 猪原、下澤))

(様式1)

事務局記載欄。記入しないで下さい

公益社団法人 日本空気清浄協会  
 バイオハザード対策専門委員会  
 委員長 宮田 博規 殿

|              |
|--------------|
| 年 月 日受理      |
| 受講番号:        |
| 修了証番号: 2019- |

## 第30回バイオハザード対策用クラスII 現場設置検査技術研修セミナー 申込書

バイオハザード関連業務に携わった経験年数を記載ください。  
 転職等をされている場合は通年の年数をご記入ください。

|               |                        |                       |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| 会員種別          | 会 員                    | 非会員 (○印)              |
| 氏 名           | 経 験 年 数                |                       |
| 会 社 名         | 所 属                    |                       |
| 所 在 地         | 〒                      |                       |
| T E L         | F A X                  |                       |
| E-mail        |                        |                       |
| テキスト要・不要 (○印) | ①JIS K 3800-2009: 要 不要 | ②JACA 指針 No.17D: 要 不要 |

\* 「テキスト要・不要」に印の無い場合はテキストを「要」とみなし、テキスト代込みの金額を請求させていただきます。

セミナー受講に関し、記載内容につきましてご誓約いただけます場合は日付と氏名をご記入ください。(氏名は署名。用紙をデータでお持ちの場合のパソコン入力、ゴム印等不可)

### 誓 約 書

私は上記セミナーの所定の課程を受講し、修了者として認定された場合には、「バイオハザード対策用クラスIIキャビネット現場検査者認定制度」の規程を理解し遵守するとともに、「JACA std .No.17D 現場検査マニュアル」に従い検査することを誓約致します。故意または無知により同マニュアルを遵守しない時には、自らの資格を失うだけでなく、所属会社に影響の恐れがあることを承知しております。

年 月 日

氏名 (署名)

(様式2)

公益社団法人 日本空気清浄協会  
 バイオハザード対策専門委員会  
 委員長 宮田 博規 殿

受講に際し、受講者が所属する機関の責任者の推薦が必要になりました。

## バイオハザード対策用クラスIIキャビネット 技術研修セミナー・更新セミナー受講者推薦状

忘れずに押印してください

<受講者記入欄>

- 1) 受講者氏名 : \_\_\_\_\_ 印
- 2) 会社名 : \_\_\_\_\_
- 3) 受講セミナー予定: 第 \_\_\_\_ 回 技術研修セミナー・更新セミナー (○印)  
 予定開催日 : \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日
- 4) 経験年数 : \_\_\_\_ 年 (バイオハザード関連業務)
- 5) (※更新セミナーの受講者のみ記載ください)  
 修了者認定番号 : \_\_\_\_\_  
 有効期限 : \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

技術研修セミナーを受講される場合は初日の日付をご記入ください

こちらは推薦者にご記入いただく欄になります。  
 \* 推薦者には受講者の所属機関の責任者(代表、上司、管理職の方等)が該当します(先輩、同僚は不可)。  
 \* 印は推薦者個人の印で構いません。  
 \* 必ず「押印」したものを提出ください。PDFを出力したもの等カラー印刷したものは不可。  
 \* 日付も忘れずにご記入ください。

<推薦書及び誓約書>

上記の者は、バイオハザード関連業務に3年上の経験があり、資格に該当するものと判断し、受講者として推薦致します。また、上記受講者が「バイオハザード対策用クラスIIキャビネット現場検査者認定制度」の規程を理解し遵守するとともに、「JACA std .No.17D 現場検査マニュアル」に従い検査することを管理監督致します。故意または無知により同マニュアルを遵守しない時には、申請者が資格を失うだけでなく、連帯責任にて当社に影響の恐れがあることを承知しております。

( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

(推薦者)

会社名: \_\_\_\_\_ 部署: \_\_\_\_\_

役 職: \_\_\_\_\_ 氏 名: \_\_\_\_\_ 印

\* 個人事業主が受講者の場合、バイオハザード対策専門委員会委員から推薦を受けて下さい。