

防犯責任者養成研修会受講希望書

令和 7 年 月 日

佐賀県知事 殿

事業所に関する事項	
めい 名	しょう 称
所 在 地	〒 _____
ふ り が な 代表者名	
電話番号	

防犯責任者養成研修会の受講を希望します。

受 講 希 望 者	事業所における 役 職 名		
	し 氏		めい 名
	連 絡 先	所 在 地	〒 _____
		電 話 番 号	
		メー ル ア ド レ ス	
	備 考		

※ 業務等の都合により、当日出席できなくなった場合は、事前に県くらしの安全安心課まで、連絡をお願いします。

※ 提出していただいた個人情報は、県（県警を含む）が、防犯責任者養成研修会及び防犯責任者設置事業所の登録、その他防犯情報の提供等、防犯責任者に対する支援を目的とする活動を行う場合に限りて利用します。

※ なお、研修会参加者に対し、参加事業所一覧（事業所名称、所在地のみ）を配布しますので、ご了承ください。