

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育受講申込書

※関係書類の送付先・修了証記載情報となりますので正確にご記入下さい。

| |
|-------|
| 受講希望日 |
| 年 月 日 |

※当協会
記入欄

| 本籍 確認日 | 確認者 | 実施 管理者 |
|-----------|-----|-----------|
| | | |

足場作業主任者技能講習では
資格免除はできません。ご注意下さい。

| | | | | |
|---------|-------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| ふりがな | | 男 | 免除資格有無 ※所持資格に ○を記入 | 足場作業従事者特別教育 ロープ高所作業特別教育 |
| 氏名 | | 女 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | 交付年月日 | ※ 年 月 日 |
| 受講者電話番号 | () | | 当協会受講歴 | 有 ・ 無 |
| 受講者住所 | 〒 - 県 市 | | | |
| 勤務先 | 住所 | 〒 - 県 市・郡 | | |
| | 名称 | TEL - - FAX - - | | |

一般社団法人 労働安全衛生推進協会 殿

上記の通り申し込み致します。 年 月 日 記入者

| 実務経験証明書 | | | |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------|
| 作業期間 | 年 月 ~ 年 月 (月) | | |
| 作業内容 | | | |
| 機械名 (型式・型番) | | | |
| 実務 経験 | 実務経験に 当たる欄に ○印記入→ | フルハーネス型を用いた作業6ヵ月以上 | ※いずれか 1つに記入 |
| | | 胴ベルト型を用いた作業6ヵ月以上 | |
| 墜落制止用器具を用いた作業の実務経験は、上記のとおり相違ありません。 | | | |
| 年 月 日 | 事業所名 | 代表者名 | 印 |

FAX (092-408-7613) までお申込みください。

..... 切り取らないで下さい

| | |
|--------------|------------------------|
| 講習日 | 講習名 |
| 年 月 日 | フルハーネス型墜落制止用器具 特別教育 |
| 〒 - 受講者住所 | |
| 会社名 (団体名) | |
| 所属部課名 | |
| 受講者氏名 | |
| 様 | |

受講票

入所時に受付に提示して下さい

〒818-0056

福岡県筑紫野市二日市北

一丁目3番1号 M・黒崎ビル 2F

TEL: 092-408-7605 FAX: 092-408-7613

☎(一社)労働安全衛生推進協会