

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育講習 申込書

この講習の申込はFAX及び郵送のみの受付です

(注) 太枠欄と※の箇所は記入不要です。

受講日	平成	年	月	・	日
-----	----	---	---	---	---

※この講習は、労働安全衛生法第59条第3項(労働安全衛生規則第36条第41号)に基づく、高さが2メートル以上の箇所であって作業床を設けることが困難なところにおいて、墜落制止用器具のうちフルハーネス型のものを用いて行う作業に係る業務(ロープ高所作業に係る業務を除く)に従事するための特別教育に該当します。

郵便番号		所在地		電話		※受付担当印
事業場名				担当者		

(注) 上記記入欄において個人でお申込みされる方は、郵便番号と電話番号欄のみご記入下さい。(事業場名等は記入不要です)

(注) 受講者氏名・生年月日・現住所は正確にご記入ください。資格証の記載事項になります。

※番号	ふりがな 氏名(本人証明書等と統一)	(例) 生年月日 昭 50 ・ 11 ・ 12	住 所	
		・	・	現住所
		・	・	現住所
		・	・	現住所
		・	・	現住所
		・	・	現住所

上記の者 名 申し込みます。

平成 年 月 日

(一社)日本クレーン協会群馬支部 御中

※協会記入欄

入金方法	a.銀行振込	b.当センターへ持参	入金予定日	受講料	/	テキスト		
	(注) a、b どちらの入金方法においても、受講日の10日前迄に お願いいたします。		記号	銀行	・	現金	/	
				実施管理者◎	月	No.		
					月	No.		

(注) FAXでお申込み後、お手数でもお電話にてご確認ください。(休日不在あり)

記入事項に誤りのないことを確認して下さい。

◇◆ご記入いただきました個人情報、講習目的以外に利用することはありません。◆◇