

# フルハーネス型墜落制止用器具 特別教育(実技を含む) を実施します。

労働安全衛生規則の一部が改正され、墜落・転落による労働災害を防止するため、「高さ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」については、「特別教育」が義務づけられました。

当連合会では、この業務に従事する者を対象とする「特別教育」を以下のとおり開催しますのでご案内します。

- 対象者 満18歳以上の者
- 日時 第2回 令和元年12月17日(火曜日)  
9時00分～16時30分(予定)  
第3回 令和2年3月13日(金曜日)  
9時00分～16時30分(予定)
- 会場 静基連会館(静岡市葵区鷹匠2-17-5)
- 定員 各60名
- 受講料 10,500円(テキスト代・消費税を含む)
- 申込要領 当連合会ホームページをご覧ください。
- 申込先 最寄りの労働基準協会または静岡県労働基準協会連合会

※ 受講に際し、フルハーネス型墜落制止用器具を持参できる方は持参してください。

〒420-0839 静岡市葵区鷹匠2-17-5 静基連会館  
公益社団法人 **静岡県労働基準協会連合会**  
TEL 054-254-1012 FAX 054-254-4043

受講希望日 令和 年 月 日

## フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 申 込 書

- ・この申込書を基に修了証を作成しますので、戸籍に記載された文字を正確に記入して下さい。
- ・本様式は、A4版サイズで使用してください。(感熱紙不可)
- ※印欄は記入しないこと。

※ 受付番号	
※ 修了証番号	
※ 修了証 交付年月日	

ふりがな			
氏 名			
生 年 月 日		昭和 ・ 平成	年 月 日 生
現 住 所		〒 _____	TEL ( )
受講者勤務先	会 社 名		
	所 在 地	〒 _____	
担当者連絡先	会 社 名	担当者名	部課名
	所 在 地	〒 _____	
備 考		フルハーネス型墜落制止用器具の持参	可 ・ 不可 (どちらかに○をつけてください)

平成 年 月 日

(公社) 静岡県労働基準協会連合会長 殿  
( 労働基準協会)

支払予定日 月 日  
(講習日の2週間前までにお願いします)

《個人情報について》

上記の個人情報につきましては、本講習の実施目的以外には使用いたしません。