

フルハーネス型墜落制止用器具

特別教育受講申込書

受講希望日

令和

年

月

日

- 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。なお、不鮮明な写真では修了証に反映されませんのでご注意ください。
 - 本様式は、A4版サイズで提出してください。(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	()
	修了証に旧姓・通称併記を希望される方は()内に記入のこと。詳しくは欄外●参照。
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
	〒 _____ TEL () FAX ()
担当者連絡先	会社名
	担当者名 部課名
	所在地
	〒 _____ TEL () FAX ()
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○を付けてください)
	支払い予定日 月 日 (講習日の2週間前までをお願いします)

静岡労働局長登録教習機関 (登録第1号)

令和 年 月 日

(公社) 静岡県労働基準協会連合会長

(労働基準協会)

証明書類貼付欄 (旧姓・通称併記希望の方のみ)

- 旧姓・通称の併記を希望される方は、氏名欄の()内に旧姓・通称を記入し、以下のいずれかの書類の写しを添付してください。(裏面も使用して構いません)
- ①旧姓・通称が記載された自動車運転免許証 ②旧姓・通称が記載された健康保険被保険者証
- ③旧氏名欄に旧姓・通称が表記された住民票または住民票記載事項証明書(マイナンバーが記載されていないもの)
- ④旧姓・通称が表記されたマイナンバーカード(マイナンバーが記載された裏面は不要) ⑤戸籍謄本または戸籍抄本

《個人情報について》上記の個人情報につきましては、当会が安全に管理し、本講習の実施目的以外には使用いたしません。