

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。
- ・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		
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	
	所在地	担当者名 部課名 〒 _____ 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)

令和 年 月 日

静岡労働局長登録教習機関（登録第1号）
(公社) 静岡県労働基準協会連合会長 殿
(労働基準協会)

月 日支払予定 (講習日の2週間前までをお願いします)

《個人情報について》上記の個人情報につきましては、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。