

講習開催日	令和 年 月 日
-------	-------------------------

受付番号	No.
------	-----

フルハーネス型安全帯使用作業 特別教育 受講申込書

受 講 者	(ふりがな)			
	氏 名			
	生 年 月 日	昭 和	年	月 日
	平 成			
現 住 所	〒□□□□-□□□□			
	電 話			携 帯
勤 務 先	事 業 所 名			
	所 在 地	〒□□□□-□□□□		
	電 話			FAX

写真1枚貼付
3cm×2.4cm

申請前6ヶ月以内に撮影した上三分身正面脱帽背景無地のもの。

令和 年 月 日

㈱安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

(受講対象者)

高所作業の業務に従事する満18歳以上の方

【注意事項】

1. 書類不備の場合は受付できません。
2. この申込書に記載して頂く氏名、生年月日等の各項目は法律で記入することが定められています。
3. ご記入頂いた各項目については、この講習の事業以外には一切使用致しません。
4. 提出書類につきましては、返却できませんのでご了承ください。
5. 一旦納入した受講費用は、返還できません。
6. 遅刻をされますと受講できませんので、ご注意ください。
7. 平成29年4月1日より修了証に本籍地の記載は致しません。

○講習申込書送付先	
TEL ()	FAX ()

受 付 印	受 講 料
	受講料: 円
	テキスト代: 円