

安全体感教育申込書

コピーしてご使用下さい

※印欄以外の太枠部分は全てご記入下さい。

※受講番号		※受付番号	松・新・四 今・八・宇	
受講日時	令和 4年 5月 20日 (金) <input type="checkbox"/> 午前の部:10時00分~11時45分 <input type="checkbox"/> 午後の部:13時30分~15時15分		場所	愛媛労働基準協会研修室
(ふりがな)			生年月日	昭和 平成 年 月 日
受講者氏名				
旧姓を使用した氏名、通称の併記を希望する場合は、その氏名等を記載してください。	(ふりがな)	旧姓等の併記を希望する場合は、戸籍謄本住民票等の公的書類で旧姓や通称が確認できるものを添付してください。		
現住所	〒 - 都道 市郡 府県 区 個人連絡先 () -			
事業場名	所在地(住所) 〒 - 事業場名 連絡先 電話 () - , Fax () -			
会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員 ・ <input type="checkbox"/> 一般			

◆個人情報の取り扱い:この受講申込書の個人情報は講習会の受講資料として使用し、受講者の同意なく目的外に利用することはありません。

切り取り線

安全体感教育 受講票	
※受講番号	※受付番号 松・新・四 今・八・宇
受講者氏名	
受講年月日	令和 4年 5月 20日 (金) <input type="checkbox"/> 午前の部:10時00分~11時45分 <input type="checkbox"/> 午後の部:13時30分~15時15分
受講会場	愛媛労働基準協会研修室 松山市南江戸1-13-21 TEL:089-927-7731
※講習内容	午前 1 はさまれ巻き込まれ体感 2 フルハーネス宙吊り体感 3 VR階段転倒体感 4 切創体感
	午後 1 はさまれ巻き込まれ体感 2 フルハーネス宙吊り体感 3 配管残液、薬液飛散体感 4 落下物衝撃体感
駐車場	11台限り (有料、要予約、先着順) ※満車の場合は、近隣の有料駐車場をご利用ください。

【連絡事項】

- ・本受講票は当日受付に提示して下さい。
- ・実技研修がある為、作業服及び安全靴又は運動靴でご参加下さい。
- ・実技講習の際は、機械装置を取り扱いますので講師の説明・指示に従って行動して下さい。
- ・受講中は携帯電話は電源オフかマナーモードにして下さい。

領収証

殿

¥ _____ :

安全体感教育受講料

上記金額を領収致しました。

年 月 日

(公社)愛媛労働基準協会 _____ 支部