

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育受講申込書

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。

※修了証番号		※受付番号	松・新・四 今・八・宇	
受講日時	令和 4年6月24日 (金) 9時50分～17時00分		場所	西予市教育保健センター
(ふりがな)			生年月日	昭和 年 月 日 平成
受講者氏名			旧姓等	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。
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)			
現住所	〒 - 都道 市郡 府県 区 個人連絡先 () -			
実技免除	無	<input checked="" type="checkbox"/> 実技免除なし ※ 6/24 は[実技免除なし]の18歳以上の方が対象の講習会です。		事業所等の証明欄に捺印不要ですが、記載は必要です。
	有	<input type="checkbox"/> ①…フルハーネス型を用いた作業に6月以上従事した経験あり。 <input type="checkbox"/> ②…既にフルハーネス型を用いた特別教育の実技教育を1.5時間以上実施している。		事業所等の証明欄に捺印が必要です。
事業主等の証明欄	上記実技免除の①又は②を実施していることを証明します。 所在地(住所) 〒 - 年 月 日 事業場名 代表者名 連絡先 電話 () - , Fax () -			
会員の有無： <input type="checkbox"/> 会員・ <input type="checkbox"/> 一般 テキスト購入： <input type="checkbox"/> 購入・ <input type="checkbox"/> 不要(持参する) 安全帯： <input type="checkbox"/> 持参・ <input type="checkbox"/> 借用(S・M・L・LL)				

◆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

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 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6月24日 (金) 受付:9:20～ 9時50分～17時		
受講会場	西予市教育保健センター 4階 (西予市宇和町卯之町3丁目439-1)		
※講習内容	作業に関する知識		
	墜落制止用器具に関する知識		
	労働災害の防止に関する知識		
	関係法令 墜落制止用器具の使用方法等		
テキスト	<input checked="" type="checkbox"/> 当日交付 ・ <input type="checkbox"/> 受講者持参		
講習会場 駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(無料) ・ <input type="checkbox"/> 無		

【連絡事項】

- ・本受講票は当日受付に提示し、受講中は机上に置いて下さい。
- ・開講時間に遅れる等、受講すべき時間数が不足したときは修了証を交付出来ませんのでご注意ください。
- ・筆記用具をご持参下さい。

(八幡浜支部:0894-22-2296)

領収証

殿

¥ _____ :

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育受講料及びテキスト代金
名分
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