

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 5年 11月 30日 (木) 9時00分 ~ 16時40分			場所 紙産業技術センター 2階研修室
フリガナ				昭和 年 月 日
受講者氏名				平成 年 月 日
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 () -			
実技免除	無	<input type="checkbox"/> 実技免除なし		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		テキスト購入	<input type="checkbox"/> 購入 ・ <input type="checkbox"/> 不要(持参する)

◆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 5年 11月 30日 (木) 9時00分 ~ 16時40分			
受講会場	紙産業技術センター2階研修室(向って左側建屋) 四国中央市妻鳥町乙127			
※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			
テキスト	<input type="checkbox"/> 当日交付 ・ <input type="checkbox"/> 受講者持参			
駐車場	有			

【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。

領 収 証

殿

¥ _____ :

但し、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として上記金額を領収致しました。

内 訳

税率10%

税込金額 _____ :

消費税額 _____ :

令和 年 月 日

(公社)愛媛労働基準協会 _____ 支部

登録番号 T7—5000—0500—1399