

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 6年 12月 6日 (金) 9時 20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	〒 - 年 月 日 所在地(住所) 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)		安全带： <input type="checkbox"/> 持参 ・ <input type="checkbox"/> 借用	

◆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 6年 12月 6日 (金) 9時 20分 ~ 17時 00分		
受講会場	西予市教育保健センター (住所:西予市宇和町卯之町3-439-1)		
※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 type="checkbox"/> 当日交付 ・ <input type="checkbox"/> 受講者持参		

【受講心得】

- ① 本受講票は当日受付に提示し、受講中は机の上に置いておいてください。
- ② 開講時刻に遅刻した場合は受講できませんので、早めにお越しください。
- ③ 筆記用具をご持参ください。
- ④ 感染防止の観点から咳や発熱等で体調不良の場合は、受講を控えてください。
- ⑤ 受講会場に無料駐車場のスペースがあります。

(公社)愛媛労働基準協会 八幡浜支部
(0894-22-2296)