

フルハーネス型墜落制止用器具 特別教育申込書

| | | |
|-------|----------------|--|
| 受付番号 | 松・新・四 今・八・宇 | |
| 修了証番号 | | |

| | | | | | | |
|---|---------------|---|---|--|-----|---|
| 受講日 | 令和7年7月25日(金) | | | | | 【注意事項】 Pdfシートを印刷して必要なデータ(太線 枠部分)を記入して提出してください。 |
| 受講場所 | 西予市教育保健センター4F | | | | | 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。(希望しない場合は空欄) |
| (フリガナ) | | | | | | (フリガナ) |
| 受講者氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | | 年 | | 月 | 日 |
| 受講資格等 | 特になし | | | | | |
| 受講者 現住所 | 郵便番号 〒 | | | | | |
| | 受講者の住所 | | | | | |
| | 受講者連絡先(携帯電話等) | | | | | |
| 事業場情報 <small>(個人事業主 又は個人で 受講する場 合は、住所 欄に個人と 記入してくだ さい)</small> | 郵便番号 〒 | | | | | |
| | 事業場の住所 | | | | | |
| | 事業場名 | | | | | |
| | 代表者・職 | | | | 氏名 | |
| | 申込担当者氏名 | | | | 連絡先 | |
| <small>愛媛労働基準協会会員の有・無 (不明の場合は問合せください)</small> | | <input type="checkbox"/> 会員 ・ <input type="checkbox"/> 一般 | | <small>テキスト購入(持参の場合 は発行日を確認ください)</small> | | <input type="checkbox"/> 購入する ・ <input type="checkbox"/> 持参する |

◆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 -----

※ 以下、受講者氏名をご記入ください。

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 | | | |
| 受講日時 | 令和7年7月25日(金) 9:20～17:00 | | |
| 講習会場 (住所) | 西予市教育保健センター4F (住所: 西予市宇和町卯之町3-439-1) | | |
| テキスト | <input type="checkbox"/> 当日配布する ・ <input type="checkbox"/> 受講者が持参する | | |
| 駐車場 | 無料駐車場あります ※満車の場合は、近隣の有料駐車場等をご利用ください。 | | |
| 受講確認 | | | |

【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、理由の如何を問わず受講できません。
- ③ 筆記用具をご持参ください。
- ④ 中抜け等で受講時間数が不足した場合は、修了証は交付できません。
- ⑤ 咳や発熱等で体調不良の場合は、受講を控えてください。
- ⑥ マスク着用は任意としますが、受講中は不織布マスクの着用を推奨しています。