

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12月19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 (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)	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		
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)		☐ 会員 ・ ☐ 一般		テキスト購入(持参の場合 は発行日を確認ください)		☐ 購入する ・ ☐ 持参する

◆この受講申込書の個人情報(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。

※ 以下、受講者氏名をご記入ください。 ----- 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			
受講日時	令和7年12月19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	☐ 当日配布する ・ ☐ 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。