

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育 講習受講申込書兼修了証台帳

申込日	令和	年	月	日		※受講番号
受講希望日	令和	年	月	日		
ふりがな					生 年 月 日	年 齢
氏 名	(印)				昭和・平成 年 月 日	満 才
旧姓・通称	※修了証に旧姓又は通称の併記を希望する場合のみご記入ください。					
住 所	〒 _____					
	日中の連絡先	_____				携帯・会社・自宅
所 属 事 業 所	所在地	〒 _____				
	事業場名					
	代表者名					
	電話番号	_____	_____	F A X	_____	_____
<p>※実技に使用するフルハーネスについて、あてはまるものに○をつけてください。</p> <p>() 既存のフルハーネスを持参する。(保有、知り合いから借りる等)</p> <p>() 今回の講習会のためにフルハーネスを購入して持参する。</p> <p>() いずれの目処も立たないが、講習会に参加したい。</p>						
<p>【注意事項】</p> <p>※1 訂正は、横線2本を引いて訂正印を押してください。</p> <p>※2 ㊟にもれなく捺印してください。</p> <p>※3 個人情報の取扱いについて この申込書に記載する氏名、生年月日等の各項目は、法律で記入する事が定められています。正確に記入してください。 ご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。</p> <p>※下段には記載しないでください。</p>						
※修了証番号	号				※修了証 交付年月日	令和 年 月 日
※記 事 等						
受講料支払方法		受付担当者	実施管理者			
金融機関 窓 口 その他	No.					
<p>申込み先 〒630-8241 奈良市高天町5-1 建設業労働災害防止協会 奈良県支部 Tel 0742-22-3345 Fax 0742-22-3346</p>						