

# フルハーネス型墜落制止用器具特別教育申込書

受講番号				講習希望日	月	日
フリガナ	姓	名				
氏名						
生年月日	昭・平		年	月	日	(満才)
本人住所	〒□□□ - □□□□					
本人連絡先	電話	FAX				
所属事業場名					協会員 コード番号	
事業場所在地	〒□□□ - □□□□		電話	FAX		

- ※ <テキスト送付希望(着払い) ・テキスト当日渡し  > 該当するに✓を付けて下さい。  
 ※ <請求書希望 ・領収書希望  > 該当するに✓を付けて下さい。

のりしろ	
<p>下記の資格を所有し、講習料金の一部免除を希望する場合は、該当する資格の 修了証の(写し)を貼付してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>足場の組立て等特別教育修了証 又は ロープ高所作業特別教育修了証</p> </div> <p>修了証の写しの書類については、原本と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業場所在地</p> <p>事業場名</p> <p>事業者職氏名</p> <div style="text-align: right;">(印)</div>	

上記のとおり申し込みします。

年 月 日

事業場担当者氏名 又は  
受講申込本人氏名

一般社団法人茨城労働基準協会連合会会長 殿

[注意事項]

- ①. 個人で申し込む方は、事業場関係の記入は不要です。

受講申込書の個人情報は、本講習会の的確な実施のために利用するほか、他の研修会や当連合会の行事等のご案内を送付する  
目的でのみ使用させていただきます。