

※受付番号

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 受講申込書

FAX 088-861-5567

※受講区分 (該当する番号を○で囲んで下さい。)

- 1 無作業床でフルハーネス型を用いて行う作業に6月以上従事経験者 **【下表の事業者証明を受けて下さい】**
- 2 無作業床で胴ベルト型を用いて行う作業に6月以上従事経験者 **【下表の事業者証明を受けて下さい】**
- 3 ロープ高所作業または足場の組み立て等特別教育受講者 **【修了証の写しを提出下さい】。**
- 4 上記1～3の条件以外の者

※印欄は記入しないで下さい。

地区協会	会員・非会員	(いずれかに○印をして下さい)	受講希望地	高知・須崎・四万十市・安芸
事業場名			連絡担当者名	
事業場所在地	〒		TEL	
			FAX	
<u>事業者証明</u>	下記の者は、高さ2m以上で作業床を設けることが困難な箇所【フルハーネス型・胴ベルト型】安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事していたことを証明します。【安全帯のどちらかに○印をお付け下さい】			
【※受講区分の1及び2は必須】	事業者名称			
	事業者職名・氏名			⑧

※ ハーネス型(安全帯)をお持ちの方は講習会当日ご持参下さい。(実技省略の方を除く)

ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和 平成	年	月	日生
		性別	男・女	
現住所	〒			TEL
備考				

年 月 日

一般社団法人高知県労働基準協会連合会 殿

- ◆受講申込書に基づき修了証を発行させていただきますので、正確にご記入下さいますようお願いいたします。電話番号は、9:00~17:00に連絡可能な番号をご記入下さい。
- ◆複数受講される場合は、コピーしてお使い下さい。(用紙サイズ、様式変更不可)
- ◆申込受付後、講習開催の2週間前くらいまでには、開催詳細及び受講票等を事業場にお送りします。
- ◆ご記入いただいた個人情報につきましては、当連合会が責任を持って管理し、本講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。

※	修了証番号		交付年月日	
---	-------	--	-------	--