

※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

(      月分)

※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)	
事 業 場 名			
事 業 場 所 在 地	〒 _____	連 絡 担当者名	
		T E L	
		F A X	

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)
- ◆申込先 FAX 番号は、**088-861-5567**です。
- ◆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
---	-------	--	-------