

講習日 令和 年 月 日 ()

受付番号

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育（1.5時間）受講申込書

- 厚生労働省「人材開発支援助成金制度」を申請される事業場は、当該欄先頭の□部分に『レ』点チェックをお願いいたします。

ふりがな			
氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
現住所	〒 — ※本人確認書類と同一の住所を記載してください。		
連絡先	講習当日までに、連絡を取る場合がありますので、電話番号等をご記入ください。 会社・自宅・その他 Tel () Fax ()		
当該業務に関する 作業経験	年 月 ~ 年 月 (通算 年 月) 満18歳6ヶ月以上で、平成31年2月1日時点において、高さが2メートル以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいてフルハーネス型の安全帯を用いて行う作用に6月以上従事した経験を有する者		
所属事業所	上記の作業経験に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 会社名 所在地 代表者職・氏名 Tel Fax ⑩		

申請日 令和 年 月 日

建設業労働災害防止協会神奈川支部長 殿

申請者(受講者本人)

⑩

写真

[貼付位置]

写真(縦3cm×横2.5cm)を2枚
・1枚は、右の[貼付位置]の部分に貼り付けてください。
・もう1枚は修了証貼り付け用(裏面に氏名を記入)
クリップなどで添付してください。

[申込にあたっての注意事項]

- この申込書に記載する氏名、生年月日等各項目は、法令で記入することが定められています。誤りのないよう正確に記入してください。
- 本申込書にご記入いただいた個人情報は、技能講習を実施するために使用するものであって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。
- 本申込書は、受講料、テキスト代とともに提出してください。
- 受領した受講料はお返すことはできません。
- 遅刻、早退などで講習科目の一部を受講しない場合は修了証の交付はできません。
- 受講申込者が、実施最少人数に達しない場合は、中止することもあります。

実施管理者	支部	受付担当者