

講習開催日	月 日	受付番号	No.
-------	-----	------	-----

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育(Cコース) 受講申込書

(フルハーネス型安全帯を用いて行う作業に従事した経験者)

受講者	(ふりがな)		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日
	現 住 所	〒□□□-□□□□	
	電 話		携 帯
勤務先	事 業 所 名 及 び 所 在 地	〒□□□-□□□□	
		電 話	FAX
当 該 業 務 に 関 する 作 業 経 験	※フルハーネス型安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験期間をご記入下さい。 昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月 (年 ヶ月)		
事 業 主 証 明	上記の作業経験に相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">(印)</div> 平成 年 月 日		
建 災 防 宮 崎 県 支 部 会 員 ・ 非 会 員 別	会 員	非 会 員	
講 習 案 内 送 付 先 (受講票・講習案内・受講料金案内)	事 業 所 ・ 自 宅		

写真1枚貼付
3cm×2.4cm

申請前6ヶ月以内に撮影した上三分身正面脱帽背景無地のもの。

平成 年 月 日

申込者氏名
(受講者本人)

建設業労働災害防止協会 宮崎県支部長 殿

(受講対象者)
満18歳以上で、フルハーネス型安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験を有する方

【申込書記入にあたっての注意事項】

- この申込書に記載していただく氏名、生年月日等の各項目は、法律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下さい。
- なお、記入していただいた氏名、生年月日等は、この講習の事業以外では一切使用いたしません。

○講習申込書送付先
〒880-0805 宮崎市橋通東2丁目9番19号(宮崎県建設会館4階)
建設業労働災害防止協会 宮崎県支部
TEL 0985(20)8610 FAX 0985(20)8504