

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育 申込書

〔開催日： 年 月 日〕

(ふりがな) 受講者氏名	生 年 月 日	講習種別 (該当に○)	作業従事期間 (種別 5 の場合)	フルハーネス	助成金希望	備 考	
	昭・平 年 月 日	全科目・5	年 月～ 年 月(年 か月)	持参・なし	有・無		
	昭・平 年 月 日	全科目・5	年 月～ 年 月(年 か月)	持参・なし	有・無		
	昭・平 年 月 日	全科目・5	年 月～ 年 月(年 か月)	持参・なし	有・無		
	昭・平 年 月 日	全科目・5	年 月～ 年 月(年 か月)	持参・なし	有・無		
	昭・平 年 月 日	全科目・5	年 月～ 年 月(年 か月)	持参・なし	有・無		
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。 会 社 名 代表者職・氏名 ⑩ 所 在 地 〒 連 絡 先 TEL FAX 担当者：					委 託 費 ※ 記 入 不 要	受講料 円
							テキスト代 円

講習種別 5 の方は足場特別教育、又はロープ高所作業特別教育修了証の写しを添付して下さい。

【申込書記入にあたっての注意事項】

1. 氏名、生年月日等の各項目は、修了証の作成に使用しますので、誤りのないよう正確に記入して下さい。
2. 本申込書にご記入いただいた個人情報、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なく目的外に使用することはありません。
3. 人材開発支援助成金申請希望者は有に○印をつけて下さい。証明書準備のため、必ず事前にお申し出ください。
4. 講習初日の7日前以後の取消しについては、理由の如何にかかわらず、受講料は返還いたしません。

平成 年 月 日
建設業労働災害防止協会石川支部 殿

元請事業場が建災防金沢分会の会員の場合、テキスト代の助成制度があります。助成を受ける場合は、元請事業場の承認を受けてください。

元請事業場名

印