

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育 申込書

〔開催日：令和 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 ㊟ 所 在 地 〒 連 絡 先 TEL FAX 担当者：				委託費	受講料 円
					※記入不要	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. 「作業従事期間 (種別5の場合)」の欄は、科目省略の条件である『平成31年2月1日の時点において、高さが2メートル以上の箇所作業床を設けることが困難なところにおいて胴ベルト型の安全帯を用いて行う作業に6月従事した経験を有する者』を証明するものですから、平成31年1月までの期間を記入してください。
4. 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。
5. 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。

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