

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育受講申込書

申請日 令和 年 月 日

※ 受付番号 No \_\_\_\_\_

受講希望日 令和 年 月 日 時間教育

ふりがな			⑩
受講者氏名			
生年月日		昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
住 所		〒 _____	
所 属	会 社 名		
	所 在 地	〒 _____	
	電 話 番 号		
修了証送付先		会 社	

※1.5時間教育受講者は下記の経験年数・事業主証明も記入・押印して下さい。

上記受講者が本教育受講申し込み前日までに、フルハーネス型の安全帯を用いて行う作業  
6ヶ月以上従事していたことを証明いたします。

経験年数	平成 年 月 から 令和 年 月 までの 年 ヶ月
事業主証明	上記の経験年数について相違ないことを証明します。 所在地 会社名 代表者名 ⑩ (代表印) 電話番号

茨城県型枠事業協同組合理事長 殿

※修了証番号	※修了証交付年月日
第 _____ 号	令和 年 月 日

[注] ※記入しないで下さい。

- ・修了証を作成しますので、氏名・生年月日等の各項目は、自動車運転免許等により確認のうえ、誤りのないよう記入して下さい。
- ・本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に一切使用することはありません。