|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会　員 | 非会員 | ※受講番号 |
|  |

（　上記に○をつけてください

※印欄は記入しないこと　）

**フルハーネス型安全帯使用作業特別教育申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日歳 |
| 氏名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 現住所 | 〒ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　携　帯 |
| 勤務先 | 会社名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　 |

**※５時間講習受講の場合、下記事業所証明が必要です。**

**受講対象者：満18歳以上の者で、平成31年2月1日までの当該特別教育申込み時点において、胴ベルト型を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験を有し、フルハーネス型墜落制止用器具の使用等に関して十分な知識及び経験を有する者**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所証明欄** | **上記の者は、高さ2ｍ以上の箇所であって作業床を設けることが困難なところにおいて、胴ベルト型安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験があることを証明します**。証明年月日　　　　　　　年　　月　　日　　　　事業場名証明者又は代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

標記講習会に申し込みます。

令和　　　年　　　月　　　日

職業訓練法人 東磐職業訓練協会長　殿

受講者（本人自署）氏名

【注意】

1. 記入いただいた個人情報は、当協会の業務以外に使用することはありません。

②　写真１枚（３.0㎝×2.4㎝）は、申請前6ヶ月以内に撮影した上三分身無背景正面脱帽のもの（裏面に氏名記入）