

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
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 平成 年 月 日
	事業場名 証明者又は代表者名 ⑩

標記講習会に申し込みます。

平成 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（3.0cm×2.4cm）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）