

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育 受講申請書(一部免除者対象)

写真2枚
3cm×2.4cm
正面・無帽 6ヶ月以内
1枚はのりづけ
別に1枚添付

ふりがな		生年月日	年齢
氏名		昭和・平成 年 月 日	満 才
現住所	〒 ー		電話番号

該当するものに ○印を付けてく ださい。	①	高さが2m以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおける作業において、フルハーネス型の安全帯を用いて6ヶ月以上従事した経験を有する者						
	②	高さが2m以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおける作業において、胴ベルト型の安全帯を用いて6ヶ月以上従事した経験を有する者						
	③	高さが2m以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおける作業において、胴ベルト型の安全帯を用いて6ヶ月以上従事した経験を有する者で、「足場の組立等特別教育」又は「ロープ高所作業特別教育」修了者						
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">特別教育</td> <td>所持資格名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>交付年月日 年 月 日 交付番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>発行機関名</td> </tr> </table>	特別教育	所持資格名		交付年月日 年 月 日 交付番号		発行機関名
特別教育	所持資格名							
	交付年月日 年 月 日 交付番号							
	発行機関名							

当該業務に関する作業経験年数	昭和・平成 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 (年 ヶ月間) ※満18歳未満の経験は含みません
----------------	--

事業主証明	上記作業経験に相違ないことを証明します 代表者役職名 氏 名 印 ※事業主本人・個人が受講する場合、第三者(元請・関係請負人等)の証明を受けてください
-------	---

所属事業所名及び所在地	〒 ー	建災防鳥取県支部会員の別 会 員 会 員 外	電話番号	FAX番号
-------------	-----	--------------------------------	------	-------

年 月 日 申込 (必ず記入してください) 建設業労働災害防止協会 鳥取県支部長 様 申込者氏名 (受講者本人) 印
--

注意事項 ※修正液、修正テープによる修正は無効です。訂正は二重線で消したうえで、訂正印を押してください。
※なお、記入していただいた個人情報は、この講習の事業以外には一切使用いたしません。

※ 建災防記入欄

修了証 番号	第 号	修了証 交付年月日	
受付日	本人確認	資格確認	カード番号 受講番号