

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		
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 ヲ月間) ※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 印 (受講者本人)							
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、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