

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 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		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">建災防鳥取県支部会員の別</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">会 員</td> <td style="text-align: center;">会 員 外</td> </tr> </table>	建災防鳥取県支部会員の別		会 員	会 員 外
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				