

用紙サイズ
A4使用

※記入の際は、ボールペンをご使用下さい。

※ 受付番号

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育受講申込書

受 講 者	講習開催日	月	日	～	月	日
	(ふりがな)					
	氏名					
	生年月日	昭和	年	月	日	平成
現住所	〒□□□-□□□□					
	電話			FAX		
勤 務 先	事業所名					
	所在地	〒□□□-□□□□				
	電話			FAX		

写 真
1枚をのりづけ
3.0cm×2.4cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

上記のとおり記載事項を証明し、表記講習を申し込みます。

(株) 安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者 (受講者本人)	①
----------------	---

※

実施管理者	受付担当者

注意

- 注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。
- 注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。
- 注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。
- 注4) 写真1枚(上3分身無帽・縦3.0cm 横2.4cm)を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。
- 注6) 遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)
- 注7) 記入していただいた各項目は、この技能講習の事業以外では一切使用いたしません。
- 注8) 納付後の受講料は、お返しできません! 日程をよく調整した上でお申し込み下さい。

※不足の場合、A4サイズにコピー(感熱紙不可)してお使い下さい。