

予約済の方は次の何れかに○印をつけてください。 () 電話予約 () インターネット予約	受講希望日	平成 年 月 日
--	-------	----------

フルハーネス型安全帯特別教育 申込書・修了者台帳

(胴ベルト型経験者)

		※ 受付番号	
※ 修了証番号		※ 修了証交付年月日	
ふりがな			写真について 3.0cm×2.4cm 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。 (裏面に氏名を記入)
氏名			
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	
現住所	〒 _____ 携帯又は TEL ()		写真貼付 ↓
勤務先	会社名	TEL ()	
	所在地	〒 _____	
連絡先	担当者名	部課名	
			TEL ()
事業者証明	上記の者は、高さ2m以上で作業床を設けることが困難な箇所で、胴ベルト型安全帯を用いて行う作業に <u>6ヶ月以上</u> 従事していたことを証明します。(平成 年 月 日)		
	会社名	(役職名)	(氏名)
	事業者職氏名		(印)
本人確認	上記の内容については、相違ないことを確認します。		
	受講者氏名		(印)

平成 年 月 日 (公社) 大阪労働基準連合会長 殿

(注) 1. 本様式は、A4版サイズで提出してください。

※印欄は記入しないこと。

《個人情報について》
 この受講申込書でご提供いただいた個人情報は、当連合会の受講者資料として適正に管理し、受講者の同意なく目的外の利用を行うことはありません。

大基連使用欄	<申込方法> 窓口 ・ 郵便 ・ 現金 ・ 振込 ・ 残付送料
--------	---------------------------------