

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育受講申込書

(※天竜分会 - 号)

建設業労働災害防止協会 静岡県支部長 殿

〒 -

事業場所在地

事業場名

電話番号

- -

F A X

- -

問合せ担当者氏名 ()

コース別	全	<input checked="" type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	(該当コースを○で囲んでください)			
写真貼付 (3cm×2.5cm) 全面のりづけ	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	昭和・平成 年 月 日					性別	男・女
	現住所	〒						
※修了証番号					※交付年月日			

写真は開催案内の
7. 受講申込手続を
参照してください。

- (注) 1 ※印欄には記入しないこと。
2 外国人労働者の方は、在留カードに記載されている氏名及び国籍を記入してください。
3 ご記入いただいた個人情報につきましては、本講習の事業以外では一切使用いたしません。

平成 年 月 日

受講者氏名
(本人自署)

⑨

受講者の受講資格 (注) 開催案内の受講資格をご確認いただき、該当する受講資格の番号を○で囲んでください。
作業従事期間とは、満18才以上において作業に従事した期間です。

全	満18才以上の未経験者
A	平成31年2月1日時点で、高さが2メートル以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいて胴ベルト型の安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験を有する者 ※下記作業従事証明書に証明が必要です。
B	上記Aの資格に「足場の組立て等の業務に係る特別教育」又は「ロープ高所作業特別教育」修了者 ※下記作業従事証明書に証明が必要です。該当する修了証の添付が必要です。
C	平成31年2月1日時点で、高さが2メートル以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいてフルハーネス型の安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験を有する者 ※下記作業従事証明書に証明が必要です。

作業従事証明書

上記の者は、平成31年2月1日時点で、高さが2メートル以上の作業床を設けることが困難な場所
において、フルハーネス型 安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事したことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

事業所若しくは団体名

事業主若しくは代表者氏名

⑨

----- 切り離さないこと -----

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育受講票

コース別	全	<input checked="" type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	(※天竜分会 - 号)	
写真貼付 (3cm×2.5cm) 全面のりづけ	氏名					
	事業場名					
	所在地	電話 - -				
	指定受講日	令和 元 年 5 月 17 日 9 時 00 分からです				

- (注) 1 受講票は当日会場受付に提出してください。
2 開始15分前までに、受付けをすませてください。遅刻は認めないためご注意ください。