

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	ふりがな		生年月日	写真貼付	
	氏名		昭・平 年 月 日 生 (満 歳)	1枚(3ヶ月以内) たて3.5cm よこ2.5cm	
	旧姓を使用した氏名又は通称の併記の 希望の有無(いずれかを○で囲む) 有 / 無		(併記を希望する氏名又は通称)		
	現住所	〒 —			正面・無背景・脱帽 (色付きメガネ・ピントが 合っていない 等不可)
	連絡先	(電話番号) (FAX) 緊急時に連絡が取れる電話番号をご記入下さい。			
勤 務 先	所在地	〒 —			
	事業所名				
	電話番号				

印

年 月 日

建設業労働災害防止協会愛媛支部 殿

※18歳未満の方は、年少法により当該業務に就くことができないため、受講できません。
 ※旧姓を使用した氏名又は通称の併記を希望する場合は、旧姓又は通称が確認できる書類を添付。
 (戸籍謄本、旧姓又は通称が記載された住民票等。)

※当日は、フルハーネス型安全帯を持参してください。

事務局記入欄	建災防 愛媛支部	会員	非会員	事務管理者
--------	-------------	----	-----	-------

