

フルハーネス型墜落制止用器具

会員 ・ 非会員 （何れかに○をして下さい）

（事業場コード No. _____）会員の方は、必ずご記入願います。

受講No.	氏名 ・ 生年月日	現住所 ・ 電話番号
龍ヶ崎	(ふりがな)	〒
	昭和・平成 年 月 日	連絡先（自宅・携帯） — —

※ 申込書の「氏名・生年月日・現住所」については、自動車運転免許証又は健康保険証等により確認のうえ誤りのないようにご記入願います。

※ 受講No.は記入しないでください。

のりしろ

下記の資格を所有し、講習料金の一部免除を希望する場合は、該当する資格の修了証の（写し）を貼付してください。

足場の組立て等特別教育修了証

又は

ロープ高所作業特別教育修了証

修了証の写しの書類については、原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

事業場名

事業者職氏名

⑩

上記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

郵便番号 〒

事業場所在地

事業場名

電話番号

ファックス番号

ご担当者氏名

⑩

一般社団法人 龍ヶ崎労働基準協会 殿

【個人情報について】

受講申込書にご記入して頂いた個人情報については、当協会が責任を持って保管・管理し、お申込み頂いた講習の的確な実施の為にのみ使用します。