

フルハーネス型墜落制止用器具使用作業特別教育 受講申込書

事業場名			
事業場所在地	〒		
電話番号	( )	—	* 担当者氏名
Fax 番号	( )	—	( * )
受講料	月 日 振込済み・振込予定、現金 (○囲い下さい)		
受講者名			※ NO,
住所	〒		
生年月日	S	・ H	年 月 日
連絡先 (携帯)			
適格請求書発行	希望する	宛名	事業場名 ・ 個人名
メールアドレス	E-mail :		

(受講者の個人情報は、当協会が責任を持って適正に管理し、二次利用することはありません。)

伊勢労働基準協会長 殿

TEL 0596-24-6254

FAX 0596-22-2185

-----切り取り線-----

フルハーネス型墜落制止用器具使用作業特別教育 受講票

氏名		受講番号	※
日時	令和6年9月26日 (木) 午前9時00分～午後4時30分		
開催場所	三重職業能力開発促進センター「ポリテクセンター伊勢」 連絡先 伊勢労働基準協会 当日携帯番号：080-1617-4135		
注意事項	1. 受付は、始業10分前までに終えて下さい。 2. 当日の服装は、作業可能な服装 (長袖作業服、作業靴、作業帽) をお願いします。 ※お車で越しの方は、講習者専用駐車場に停めてください		

受付印	受講済印	<p>&lt;案内図&gt;</p>
-----	------	--------------------