

## 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						
事業場所所在地	〒					
電話番号 Fax 番号	(            )        — (            )        —	* 担当者氏名 ( *                                  )				
受講料	月              日    振込済み・振込予定、現金（○囲い下さい）					
フリカナ 受講者名						※ NO,
住      所	〒					
生年月日・性別	S      ・      H                      年              月              日					男性      ・      女性
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8年2月19日（木）午前9時00分～午後4時45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」 A3研修室 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。 ※お車でお越しの方は、講習者専用駐車場に停めてください		

受付印	受講済印	＜案内図＞