

※受付確認	※資格確認	※受講確認

※は記入しないで下さい。

※受付 第

号

カラー写真1枚
縦3.0×横2.5
この欄には糊付けせ
ず裏面に氏名を記
入して提出下さい

フルハーネス型安全帯特別教育受講申込書

ふりがな			性別		昭和					
氏名			男	生年月日	平成	年	月	日		
	旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無(いずれかに○印を記入)		有						無	併記を希望する氏名又は通称
現住所	〒		—		電話 ()		—			
所属事業場	住所	〒		—		電話 ()		—		
	事業場名									
	連絡担当者職氏名	所属部署		職氏名		電話 ()		—		
修了証等の送付先	修了証又は不合格通知書は現住所へ郵送します。現住所以外への郵送を希望する場合は郵送先を記入してください。		〒		—		電話 ()		—	

建設業労働災害防止協会北海道支部長 殿

令和 年 月 日

申込者

(受講者氏名) _____

- (注) 1. この申込書に記入する氏名、生年月日等の各項目は、誤りのないよう正確に記入して下さい。
2. 受講申込書に記載された事項は、修了証の発行以外の事業において使用することはありません。
3. 受講申込書提出先

〒070-0035 旭川市5条通5丁目左10号 旭川建設業会館1階
建設業労働災害防止協会北海道支部旭川分会

【※事務局記入欄】

※修了証番号	号
※修了証交付年月日	令和 年 月 日