

特別教育受講申込書

受付番号

ふりがな 氏名		生年月日		昭 平	年	月	日	(満 歳)
住所		〒 - TEL( ) -						
就業年月日		年 月 日						
所 属	事業所名							
	所在地	TEL( ) -					会員・会員外別 (どちらかに○を付けて下さい)	
				会 員		会 員 外		
作業経験		年 月より		年 月		( 年 ケ月)		
<p>* フルハーネス型墜落制止用器具特別教育を受講される方で、①平成31年2月1日時点において18歳6か月以上で、高さが2m以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいてフルハーネス型安全帯を用いて行う作業に6か月以上従事した経験を有する方、②平成31年2月1日時点において18歳6か月以上で、高さが2m以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいて胴ベルト型安全帯を用いて行う作業に6か月以上従事した経験を有する方、③足場の組立特別教育を受講した方、④ロープ高所作業特別教育を受講した方で科目免除を希望する方は①、②は事業所の証明、③、④は特別教育の受講証明の提出が必要です。</p>								
講習の一部免除 希望の有無		有・無		備考		講習の一部の免除を受けようとする者は、その資格を有することを証する書面等の添付が無い場合は免除できません。		
事業主の証明		上記のとおり相違ないことを証明します。						
		⑩						
登録教習機関 職業訓練法人 中紀技能訓練協会 殿		令和 年 月 日						
		申込者 ⑩						

※下欄には記入しないこと

受講年月日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)						
		記 事 欄	受講料					
			教材費					
			会員外費					
			合計					