

用紙サイズ
A4使用

※記入の際は、ボールペンをご使用下さい。

※ 受付番号

フルハーネス 特別教育受講申込書

写 真

1枚をのりつけ
3.0cm×2.4cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

受 講 者	(ふりがな)			
	氏 名			
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月 日
	現 住 所	〒□□□□-□□□□		
	電 話		FAX	
勤 務 先	事 業 所 名			
	所 在 地	〒□□□□-□□□□		
	電 話		FAX	

上記のとおり記載事項を証明し、表記講習を申し込みます。

(株)安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者 (受講者本人)	印
----------------	---

※

実施管理者	受付担当者

注意

- 注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。
- 注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。
- 注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。
- 注4) 写真1枚(上3分身無帽・縦3.0cm 横2.4cm)を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。
- 注5) 遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)
- 注6) 記入していただいた各項目は、この技能講習の事業以外では一切使用いたしません。
- 注7) 納付後の受講料は、お返しできません! 日程をよく調整した上でお申し込み下さい。

※不足の場合、A4サイズにコピー(感熱紙不可)してお使い下さい。