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	

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育受講申込書

写　真 1枚をのりづけ 縦3.0cm×横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）

受講年月日	令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日			
ふりがな 氏　　名		生年月日	S H R	年　　月　　日生 （満　　歳）
旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無	有　無	併記を希望する氏名又は通称		
住　　所	〒□□□－□□□□ TEL　　－　　－	（携帯）　　－　　－		
勤務先　事業所名				
勤務先　所在地	〒□□□－□□□□ TEL　　－　　－	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）	

※	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）本受講申込書を記入のうえ、ＦＡＸ送信して下さい。本申込書の原本は、写真を添えて当日提出して下さい。
注６）遅刻をされますと受講できませんのでご注意下さい。（時間厳守）
注７）本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
注８）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。