

令和 年 月 日

堺労働基準協会 殿
TEL 072-233-5396

FAX 072-232-7000

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育(実技含む6時間)

講習日	令和 4年 月 日			
事業場名				
所在地	〒			
電話		FAX		
担当部署		担当者名		
<p>該当するものに○印を付けて下さい。</p> <p style="text-align: right;">堺労働基準協会の 会員 9,800 円 会員外 10,800 円</p>				
※修了証 番号	※受講 番号	フガナ 受講者名	生年月日	現住所
			昭和・平成 年 月 日	〒
			昭和・平成 年 月 日	〒
			昭和・平成 年 月 日	〒
			昭和・平成 年 月 日	〒
			昭和・平成 年 月 日	〒

注1:※印欄は記入しないで下さい。

注2:記入は正確にお願いします(台帳、修了証に使用します)。

注3:ご記入の個人情報は当団体において安全に管理し、他の目的には使用いたしません。