

フルハーネス型墜落静止用器具特別教育(実技含む6時間)

受講希望日	第 回 令和 年 月 日			
事業場名				
所在地	〒			
電 話			FAX	
担当部署			担当者名	
該当するものに○印を付けて下さい。 堺労働基準協会の 会員 9,800 円 会員外 11,800 円				
※修了証 番号	※受講 番号	フリガナ 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。