

フルハーネス型墜落制止用器具を用いて行う作業に係る 特別教育 受講申込書

受付年月日	令和 年 月 日		
受付番号	第 号		
(一社) 中部労働技能教習センター所長 殿 次のとおり受講申込みいたします。			
申込み日 令和 年 月 日			
ふりがな			
氏 名			(旧姓・通称名)
	※旧姓等を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無 有 / 無 (いずれかを○で囲む) (確認ができる住民票、自動車運転免許証等の公的な証明書のコピーが必要です)		上三分身 写真1枚 縦3cm×横2.5cm 正面・脱帽 無背景 裏面に氏名を記載
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	歳	
現 住 所	〒 ()		都・道 市・区 府・県 郡
	電話	携帯電話	FAX
勤 務 先	会社名		
	〒 ()		都・道 市・区 府・県 郡
	所在地		
	電話	FAX	
受講希望日	令和 年 月 日		
受講希望会場 <small>(希望会場に○して下さい)</small>	長野・飯田・松本・佐久・その他		

【注意】 ○全日程とも、講習開始時刻に遅刻した場合は、理由の如何を問わず講習時間が不足するため受講できません。
時間に余裕をもってお早めに受講会場へお越しください。

○受講料及び教材費は原則として受講申込書をお送りいただいた後、受講日前までに納入をお願いします。

【個人情報の取扱い】

ご記入いただきました個人情報は、労働安全衛生法に基づく講習等の実施、修了証交付等の目的以外には使用しません。
また、お預かりした個人情報は、当センターが責任をもって管理いたします。

* 下 の 欄 は 当 所 で 記 入 し ま す 。

入所日	修了証番号		
修了日			
受 講 料	教 材 費	記 事	
8,800	1,100		