

普通職業訓練短期課程
受講申込書

平成 年 月 日

江刺高等職業訓練校長 様
下記講習会に申し込みます。

訓練科	建設科
コース名	①フルハーネス型安全帯を用いて行う作業に6カ月以上従事した者に対する特別教育(1.5時間講習)
訓練期間	平成31年6月5日(水) 13時～14時30分

ふりがな			
受講者氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	昭和 平成	年 月 日 生	年齢 満 歳
住所	〒		
連絡先	[携帯] () [自宅] ()	最終学歴	中卒 高卒 専卒 短大卒 大卒
(雇用保険加入者の場合) 雇用保険被保険者番号	※雇用保険加入者の方は「雇用保険被保険者証」のコピーを添付してください。		

事業所名称			業 種	業
事業所住所	〒 (タナバン可)			
代表者氏名	(役職)			
TEL/FAX	TEL: ()	FAX: ()		
雇用保険適用事業所番号			-	
受講中の賃金の支払い	有 ・ 無			
受講料の負担	事業主負担 ・ 受講者負担 ・ 折半			
申し込みに関する担当	部署	(職名)	氏名	
添付書類の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/>			

江刺高等職業訓練校 TEL : 0197(35)5082 FAX : 0197(35)5542

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育申込書

(フルハーネス型安全帯を用いて行う作業に6か月以上従事した者に対する特別教育)

【平成31年 6月5日開催分】

※受講番号

ふりがな 氏 名	〒 _____ ⑩	生年月 日	昭和 平成	年 月 日
住 所	〒 _____ 連絡先電話 ()	写真1枚貼付 タテ3cm × ヨコ2.5cm		
所 属	事業所名			
	住 所	〒 _____ 電話番号 ()	建災防会員・非会員の有無 会員 ・ 非会員	
事業主等証明	上記の者は、高さ2m以上の箇所であって作業床を設けることが困難なところで、フルハーネス型を用いて行う作業に6か月以上従事した経験を有することを証明いたします。 証明年月日 平成 年 月 日 証明者住所 〒 _____ 事業所名 _____ 代表者職氏名 _____ ⑩			

平成 年 月 日

建設業労働災害防止協会岩手県支部 殿

注1) 〒022-1101 奥州市江刺岩谷堂字松長根 18-2

職業訓練法人 江刺職業訓練協会 あてに受講料を添えて郵送又は持参してください。

注2) この申込書に記載する氏名、生年月日の各項目は、誤りの無いように正確に記入してください。

ご記入いただいた個人情報はこの講習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。