

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)
生年月日	昭・平 年 月 日生 歳 性別 男・女
現住所	〒 () 都・道 府・県 市・区 郡
	電話 携帯電話 FAX
勤務先	会社名
	〒 () 都・道 府・県 市・区 郡
	電話 FAX
受講希望日	令和 年 月 日
受講希望会場 (希望会場に○して下さい)	飯田・松本・長野・佐久・その他
	入校通知 送付先
	勤務先・現住所

* 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

【注意】○原則として30分以上遅刻の場合は欠席扱いとなります。その場合、受講料は返金いたしません。
○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。

【個人情報について】
ご記入いただきました個人情報につきましては、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せず、当センターが責任をもって管理いたします。