

フルハーネス型落下防止用具に関する作業 特別教育

受講申込書

申込年月日 令和 年 月 日

日本労働者安全衛生推進教育会 一般財団法人 代表理事 殿

受講日付： ① 令和6年 月 日、 日
② 令和6年 月 日、 日 希望受講日付を○で囲って、ご記入ください。

上記講習会を受講したいので申し込します。※会社でのお申込みの場合は記入ください。

会社名			
フリガナ			
代表者名			
生年月日	年 月 日	本籍地（海外出身者は国籍）	
住所	〒 -		
	電話番号	- -	FAX - -

※個人でのお申し込みの場合はこちらを記入ください

フリガナ	生年月日	住所
受講者名	本籍（海外出身者は国籍）	
	昭和 平成 年 月 日 令和 本籍 県	〒 - TEL - -
	昭和 平成 年 月 日 令和 本籍 県	〒 - TEL - -
	昭和 平成 年 月 日 令和 本籍 県	〒 - TEL - -
	昭和 平成 年 月 日 令和 本籍 県	〒 - TEL - -

※開催日5日前までに FAX または持参にてお申込みください。

申込用紙は本紙または HP よりダウンロードしてください。【<http://jwsea.org>】

詳細は日本労働者安全衛生推進教育会一般財団法人まで。 TEL 050-6880-6568

お申込み：日本労働者安全衛生推進教育会一般財団法人 FAX 050-6863-6004