

「フルハーネス型墜落制止用器具作業」特別教育受講申込書

下記のとおり申し込みます。

申込日 年 月 日

名古屋西労働基準協会長 殿

協会加入	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	請求書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
受講希望日	年 月 日	※実技の有無についてチェック☑して下さい。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
事業場名		T E L () F A X ()	- -	
所在地	〒	事業内容		
		労働者数	名	
受講者名	受講番号	氏名・性別	生年月日(西暦)	所属部署・職名
		フリガナ	年 月 日	
受講者名		フリガナ	年 月 日	
		フリガナ	年 月 日	
受講者名		フリガナ	年 月 日	
		フリガナ	年 月 日	

※ 受講番号のご記入は不要です。

※ 3人以上の場合は本紙をコピーしてお使い下さい。

※ この申込書でご提供いただいた個人情報は、今回申込みいただいたセミナーの参加資料として使用し、参加者の同意なく目的外の利用を行うことはありません。