

フルハーネス使用業務 特別教育 受講申込書

事業場名				事業場
事業場所在地 (返信先)	〒		-	
連 絡 者 担 当 者	職名：		氏名：	
	日中の連絡先 Tel：		Fax：	
受講費用	円 を 月 日に桑名三重信用金庫本店に振込みます。			確認 [★]
★は協会記入欄 <input type="checkbox"/> 受講費用入金確認後に、受付印と受講番号を付した受講票をFax送信します <input type="checkbox"/> 申込者の個人情報は当協会が適正に管理し、二次利用することはありません ※ 4月職長からの振替				受付 [★]

フルハーネス使用業務 特別教育 受講票

事業場名			
受講者の氏名			受講番号 [★]
開催日	2026年 5 月 22 日 ~ 月 日		桑名基準協会 緊急連絡先 070-4482-6309
1日目会場	△ 桑名市中央町3丁目38 ヤマモリ体育館 2階会議室		
1日目開始時刻	9:00~ (受付開始 8:45~)		※ 遅刻・早退は一切認めません

※ 受付印・受講番号を付した受講票を必ず持参してください

(個人情報保護のため、返信時に下記の内容を除外して受講番号を通知します)

フルハーネス使用業務 特別教育

5 月 22 日

受講者の氏名等 (修了証に記載されますので、送信時に必ずご記入ください)

フリガナ			性別	生年月日 (西暦)	
氏名			男・女	年	月 日生
住 所	〒		-		Tel: