

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／個人
事業場所在地 (返信先)	〒		－	
連絡担当者	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 ☐ 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 ☐ 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				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	2025年 9 月 12 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

9 月 12 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	19 年 月 日生	
住 所	〒		－	
	Tel：			