

実施管理者		取扱者

フルハーネス型墜落防止用器具特別教育

受講生 番号	第	号
-----------	---	---

受講申込書

受付	
----	--

フリガナ	性別	生年月日
氏名	昭 平 成 年 月 日	
住所		
連絡先	電話 携帯	勤務先 (会社名) (電話)

入所等の確認	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許証 (大特・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---

講習の一部免除の有無

全科目受講 (免除なし)	5時間コース	5時間コース
<input type="checkbox"/> 6時間 (学科4、5時間 実技1、5時間) 1、5時間コース <input type="checkbox"/> 学科1、5時間 フルハーネス型を用いて行う作業に 6か月以上従事した経験のある方 (作業従事経験証明書)	<input type="checkbox"/> 5時間 (学科3、5時間 実技1、5時間) 胴ベルト型の安全帯を用いて行う 作業に6か月以上従事した経験の ある方 (作業従事経験証明書)	<input type="checkbox"/> 5時間 (学科3、5時間 実技1、5時間) 足場組立等、ロープ高所作業 者特別教育を修了している方 (特別教育修了証)

<input type="checkbox"/> 作業従事経験証明書 <input type="checkbox"/> 特別教育修了証

修了証交付年月日	令和 年 月 日
修了証交付番号	第 号