

「フルハーネス型墜落制止用器具使用特別教育」申込書

受講日			*受講番号	
ふりがな				
氏名				
生年月日		S H 年 月 日(満才)		
現住所				
勤務先	名称		緊急連絡先	
	所在地	〒	TEL	
			FAX	
		担当者		
一般社団法人白井工業団地協議会 代表理事 様			年 月 日	
事業者 責任者氏名		印		

※身分確認のため住所がわかる免許証の写し又は、健康保険証の写しを添付して下さい。(裏面に住所変更等記載のある方は裏面のコピーも必要です。)

連絡先 TEL 047-491-0224 FAX 047-491-0222