

# フルハーネス型墜落制止用器具特別教育申込書

申込日（西暦） 年 月 日

(申し込み先)

合同会社ジョイフィット（担当 玉田）

〒879-7762 大分県大分市けやき台1丁目8番12号

TEL 080-8390-1529 FAX 050-3588-6142

MAIL joyfit.tamada@gmail.com

下記の必要事項を記入し、  
FAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

講習 希望日	第一希望日 月 日	第二希望日 月 日

※都合により希望日にお応えできない場合もございます。

※作業経験に応じて一部省略がある場合は別途作業経験証明書をダウンロードしご提出下さい。

「足場の組立て等」又は、「ロープ高所作業」の特別教育修了者は修了証の写しをご提出下さい。

フリガナ		ご希望の受講スタイルに○をつけて下さい。  会場 ・ 訪問 ・ WEB
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	
現住所	〒	
連絡先	いずれかにチェックを記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 会社 TEL FAX <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ※日中にご連絡が取れる番号をご記入下さい。	

ご担当者 メールアドレス		確認用	
-----------------	--	-----	--

※受講受付等はメールにて案内致します。連絡が取れるメールアドレスをご記入下さい。

会社名

---

所在地

---

代表者名

⑩

---

電話番号

---