

同時申込書（フルハーネス・足場用）

(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

申込日（西暦） 年 月 日

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。

フリガナ			
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お書きください。		
講習希望日 受講方法		第一希望日	第二希望日
	足場	月 日 (会場・訪問・WEB)	月 日 (会場・訪問・WEB)
	フルハーネス	月 日 (会場・訪問・WEB)	月 日 (会場・訪問・WEB)
※講習日程は2日間です。都合により希望日にお応えできない場合もございます。			
フルハーネス レンタル	いずれかにチェックを記入して下さい。 <input type="checkbox"/> レンタルあり <input type="checkbox"/> レンタルなし		

胴ベルト型安全帯の作業経験について

2019年2月1日時点において、胴ベルト型安全帯を用いて行う作業に6カ月以上従事した経験がある場合のみご記入下さい。

西暦	年	月	～	西暦	年	月	(年	ヵ月)
※対象となる作業経験の期間と年数をご記入下さい。									
事業所証明 ※受講者が事業 主又は、一人親 方の場合は第三 者の署名、捺印 が必要です	上記の作業経験に相違がないことを証明します。 会社名 代表者名 〒 住所								

会社名

所在地

代表者名

Ⓜ

電話番号