

# フルハーネス型墜落制止用器具特別教育（免除）申込書

(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。

講習 希望日	第一希望日	第二希望日
	月 日	月 日

受講するコースにチェックを記入して下さい。

※都合により希望日にお応えできない場合もございます。

5時間教育	平成31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か月以上従事した経験を有する者。または「足場の組立て等特別教育」又は、「ロープ高所作業特別教育」修了者。どちらか一方に当てはまる場合。
4時間教育	平成31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か月以上従事した経験と「足場の組立て等特別教育」又は、「ロープ高所作業特別教育」修了者。

フリガナ		ご希望の受講スタイルに○をつけて下さい。
氏名		会場・訪問・WEB
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳)	
現住所	〒 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 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 TEL FAX ※日中にご連絡が取れる番号をお書きください。	
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	

(免除内容記入欄)  
胴ベルト型安全帯6か月以上の経験がある場合はご記入下さい。(事業者証明欄)

西暦 年 月 ~ 西暦 年 月 ( 年 カ月)	※対象となる作業経験の期間と年数をお書き下さい。
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

「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ご記入下さい。※申込時に修了証の写しを添付して下さい。

特別教育修了の有無	<input type="checkbox"/> 足場の組み立て等の業務に係る特別教育修了者。 <input type="checkbox"/> のり面ロープ高所作業業務に係る特別教育修了者。
-----------	---

※足場の組立て等作業主任者は免除対象外です。

会社名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_