

# 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	第二希望日
	月 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。

※一部免除の申請は申請書が異なります

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	

会社名

所在地

代表者名

印

電話番号