フルハーネス型墜落制止用器具特別教育講習 受講申込書

（受講日：令和７年９月１８日）

令和　７　年　　　月　　　日

一般社団法人西工業会 　御 中

（Ｆａｘ：０６－６５８２－２６４５）

事業場名

　〒　　　－

　所 在 地

担当者　所属氏名　　　　　　　　　　　　　Ｔｅｌ　　　　　　　　　Ｆａｘ

受講者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※協　会　欄 | （ふ　り　が　な）氏　　　　　名 | 生　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭 ･ 平　　　・　　　・　　　・ |
|  |  | 昭 ･ 平　　　・　　　・　　　・ |
|  |  | 昭 ･ 平　　　・　　　・　　　・ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　★　氏名等は、略字等を用いることなく正確に記入してください。

　注１　「受講申込書」を提出されたら、**「受講票（講習会場地図含む）」を送付**しますので、「受講票」は受講当日持参してください。

* お問合せは、一般社団法人西工業会（〒５５０－００２２　大阪市西区本田２－１－３０－２階

 Ｔｅｌ ０６－６５８２－０９１０　Ｆａｘ ０６－６５８２－２６４５）までお願いします。