

施工管理者等のための足場点検実務者研修 受講申込書

| | | | | | |
|-------|-----------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 受講希望日 | 月 日 | | | | |
| 所属会社名 | | | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">会 員</td> <td style="width: 50%;">非会員</td> </tr> </table> | 会 員 | 非会員 |
| 会 員 | 非会員 | | | | |
| 所在地 | 〒 _____ 都 道 府 県 | | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | | | |
| 連絡担当者 | | | | | |

| 受講番号 | フリガナ氏名 | 生年月日 | 現住所 (都道府県のみ) |
|------|--------|-----------------|-----------------|
| | | S 年 月 日 H | |
| | | S 年 月 日 H | |

※修了証への旧姓又は通称の併記を希望する場合は、「別紙」を記載し、申込書に添付してください。

- ◆本講習は、次の(1)又は(2)のいずれかに該当する者を受講対象者としています。
- (1) 建設工事の施工管理の実務に従事した経験のある者
- ①足場の組立て等作業を行う職長・安全衛生責任者※注1
 - ②足場を使用する作業を行う職長・安全衛生責任者
 - ③足場の組立て等作業を有する建設作業所の所長(統括安全衛生責任者)、元方安全衛生管理者等の工事の施工管理に従事している者又は従事した経験を有する者
 - ④その他①～③と同等以上の実務経験があると認められるもの
- ※注1 足場の組立て等作業主任者であって、一定の実務経験がある場合は、本研修ではなく、『足場の組立て等作業主任者能力向上教育』を受講してください。
- (2) 店社の安全衛生部門で足場の設置計画書の審査、工事現場の安全パトロール等の業務を担当している者
- ①足場の設置届に係る計画参画者
 - 次のa、b又はcのいずれかに該当する者
 - a 次のア及びイの全てに該当する者
 - ア 次のいずれかに該当する者
 - (ア) 足場に係る工事の設計監理又は施工管理の実務に3年以上従事した経験を有すること。
 - (イ) 1級建築士の免許を受けることができる者であること。
 - (ウ) 1級土木施工管理技術検定又は1級建築施工管理技術検定に合格したこと。
 - イ 工事における安全衛生の実務に3年以上従事した経験を有すること又は型枠支保工及び足場に係る計画作成参画者研修を修了したこと。
 - b 労働安全コンサルタント試験(土木又は建築)に合格した者
 - c 次のア、イ及びウの全てに該当する者
 - ア 足場に係る工事の設計監理又は施工管理の実務に2年以上従事した経験を有すること。
 - イ 2級建築士の免許を受けることができる者であること又は2級土木施工管理技術検定若しくは2級建築施工管理技術検定に合格したこと。
 - ウ 工事における安全衛生の実務に3年以上従事した経験を有すること又は型枠支保工及び足場に係る計画作成参画者研修を修了したこと。
- ②店社の安全衛生部門又は工事部門の安全衛生パトロールの担当者

<注> 1. 太枠欄のみ記入してください。
 2. 現住所は都道府県名のみ記入してください。
 3. 誤りのないように正確に記入してください。
 ご記入いただいた個人情報、教育を実施するための事務処理以外には使用いたしません。
 4. キャンセルまたは受講日の変更は、受講日前日までにご連絡ください。キャンセルの方には、受講料はお返還いたしません。受講日の変更は1回です。次回変更後の受講料の返還はいたしません。

建設業労働災害防止協会愛知県支部 F A X 番 号 0 5 2 - 2 4 2 - 4 4 4 0