

*** その他教育 受講申込書 ***

受講希望日	月	日
-------	---	---

※希望する受講科目の□に印を付けてください

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 新入社員安全衛生教育 | <input type="checkbox"/> 斜面の点検者に対する安全教育 |
| <input type="checkbox"/> 熱中症予防指導員・管理者研修 | <input type="checkbox"/> 統括安全衛生責任者教育 |
| <input type="checkbox"/> 施工管理者のための足場点検実務者研修 | <input type="checkbox"/> 協力業者及び職長のためのリクアメント教育 |
| <input type="checkbox"/> 職長・安全衛生責任者教育 | <input type="checkbox"/> 新総合工事業者のためのリクアメント研修 |
| <input type="checkbox"/> 足場の組立て等作業主任者能力向上教育 | |

※足場の組立等作業主任者技能講習修了証のコピーを添付

会社名			
所在地	〒 _____		
電話番号		FAX番号	
担当者氏名			

受講番号	ふりがな 氏名	生年月日	現住所 (都道府県のみ)
		S H	
		S H	
		S H	
		S H	
		S H	

- 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. 会場には駐車場がありませんので、公共交通機関をご利用ください。
 4. 受講の取消は、受講日の前日までにご連絡下さい。(Tel 052-242-4441)

建設業労働災害防止協会愛知県支部	FAX番号	052-242-4440
------------------	-------	---------------------