

用紙サイズ
A4

※記入の際は、ボールペンで記入ください。

※本申込書を郵送、メール（PDF）又は FAX にてご提出ください。

※メール・FAX で提出した場合、本申込書（原本）を講習当日にご提出ください。

郵送先：〒206-0125 茨城県古河市仁連1082「こが労働安全教習センター」

FAX : 0280-76-7407

e-mail : info@koga-center.com

※受付番号

「フルハーネス型安全帯使用作業特別教育」受講申込書

(写真)

1枚を貼付
縦3.0cm×横2.4cm
申請前6ヶ月以内に撮影
した上三分身
正面脱帽のもの
(裏面に氏名を記入)

受講日程	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
フリガナ			
氏名	生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和 (満 歳)
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望有無	有・無	併記を希望する 氏名又は通称	
住所	〒 —		
	(TEL) — —	(携帯) — —	
勤務先	事業所名		
	所在地	〒 —	
	TEL — —	FAX — —	

上記の記載事項を証明し、標記講習受講申し込みをいたします。

こが労働安全教習センター 殿

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

申請者 署名 (受講者本人)	
-------------------	--

申込ご担当者名

※受付担当者	※実施管理者
--------	--------

【注意事項等】

- 注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。
- 注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。
- 注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を発行ができないことがあります。
- 注4) 写真1枚(上3分身無帽 縦3.0cm×横2.4cm)を貼付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。
- 注5) **本受講申込書内容をご記入の上、郵送・メール・FAXにてご提出ください。**
メール・FAXでご提出いただいた場合は、講習当日に申込書(原本)をご提出して下さい。
- 注6) 講習当日、遅刻となった場合は受講ができませんのでご注意ください。(時間厳守)
- 注7) 本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
- 注8) **納付後の受講料は返金できませんので、日程をよく調整した上でお申し込み下さい。**