

フルハーネス型安全帯使用作業特別教育 申込書

写真 1枚

郵送の場合は
貼り付けずに添付
縦3cm×横2.5cm
裏に名前を記入

受講希望日(必ず記入ください)		令和 年 月 日～ 月 日	
ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
氏名		〒 - 携帯電話番号 ()	
現住所		〒 -	
勤務先 ※お勤めの方のみ記載	住所	〒 -	
	名称	TEL ()	
		FAX ()	
		担当者 ()	

一般社団法人 福岡経営者労働福祉協会 殿

上記の通り申したいします。

記入日 令和 年 月 日

注意事項

- 1.漏れないように、申込書の各項目に記載をお願いします。
- 2.写真は修了証に使用します。縦3cm×横2.5cmの綺麗なものをご準備ください。
- 3.申込受付は定員になり次第打切ります。お早目の申込をお願いします。
- 4.受講料の払い込みは、受講5日前までに銀行振込を済まして下さい。
【福岡銀行井尻支店 普通209671 シャ)フクオカケイエイシャロウドウフクシキョウカイ】
- 5.外国人の方は、在留カードの氏名(ローマ字表記)および生年月日は和暦で記入してください。

(一社)福岡経営者労働福祉協会

〒815-0032 福岡市南区塩原4-13-10

TEL092(555)5822 Fax092(555)5870

在留カード欄写し	<p>※外国人の方は「在留カードの写し」を必ず張り付ける事。(両面添付)</p> <p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・表と裏の両面を、「文字が被らないように」張り付けてください。(ホッチキス可) ・在留カードの現住所標記と上記記載の現住所が異なる場合は訂正して頂きますのでご了承ください。
----------	--

助成金の受給申請をご希望の事業所は、「助成金申請書 希望」欄に☑を入れてください。

助成金申請書 希望	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

※受給条件をご確認の上、お申込下さい。
※講習修了後、助成金申請書類をお送りします。