

予約済の方は次の何れかに○印をつけてください。 ( ) 電話予約 ( ) インターネット予約	受講希望日	平成 年 月 日
--	-------	----------

## フルハーネス型安全帯特別教育 申込書・修了者台帳 ( 6 時間コース )

		※ 受付番号	
※ 修了証番号		※ 修了証交付年月日	
ふりがな			写真について 3.0cm×2.4cm 申請前 6 ヶ月以内に 撮影した上三分身無 背景正面脱帽のもの。 (裏面に氏名を記入)
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒 _____ 携帯又は TEL ( )		
勤務先	会社名	TEL ( )	
	所在地	〒 _____	
連絡先	担当者名	部課名	
		TEL ( )	
備考			

(公社) 大阪労働基準連合会長 殿

平成 年 月 日

(注) 1. 本様式は、A4版サイズで提出してください。

※印欄は記入しないこと。

《個人情報について》  
 この受講申込書でご提供いただいた個人情報は、当連合会の受講者資料として適正に管理し、受講者の同意なく目的外の利用を行うことはありません。

大基連使用欄 <申込方法> 窓口 ・ 郵便 ・ 現金 ・ 振込 ・ 残付送料