

**「フルハーネス型安全帯使用作業特別教育」  
実 施 依 頼 書**

平成 年 月 日

建設業労働災害防止協会 京都府 支部長 殿

会社名(事業所名):

代 表 者 名 :

印

標題の教育の実施について、下記要領により申込みます。

教育の種別	・6時間教育	・4時間教育	(※注1)	
事業所	フリガナ			
	事業所名			
	所在地	〒		
	担当者	氏名		
	電 話		FAX	
教育実施日時	平成 年 月 日 ( ) 時 ~ 時			
実施場所	〒			
受講者	予定人員	人		
準備可能な器材 (○印記入)	・スクリーン	・プロジェクター	その他	
その他 (ご希望事項等)				

(※注1)	受講資格	6時間教育	なし
		4時間教育	胴ベルト型安全帯を用いて行う作業に6か月以上従事した経験者であり、足場の組立等教育修了者 ※事業主証明と足場特別教育修了証の写しが必要