「フルハーネス型安全帯使用作業特別教育」

実 施 依 頼 書

令 和　　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　（※注1）			
事 業 所	フリガナ			
	事業所名			
	所 在 地	〒		
	担 当 者	氏名		
	電　話		FAX	
	メールアドレス	@		
教育実施日時	令和　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