

施工管理者等のための足場点検実務者研修申込書

建設業労働災害防止協会
静岡県支部長 殿

平成 年 月 日 (* 分会— 号)
〒 —

事業場所在地
事業場名
電話番号 — — (取扱者氏名)

ふりがな		生年	昭和	年	月	日
氏名		月日	平成			
本籍地	都道府県 (以下記入不要)					
現住所						
※修了証番号						
※交付年月日						

- (注) 1 ※印欄には記入しないこと。
2 この申込書に記入していただいた氏名等は、この講習の事業以外には一切使用いたしません。

《受講資格証明欄》

- 建設工事の施工管理の実務に従事した経験のある者
 - 店社の安全衛生部門で足場の設置計画書の審査・工事現場の安全パトロール等の業務を担当している者
- 上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所名
事業主名 (印)

平成 年 月 日
建設業労働災害防止協会静岡県支部長殿

申請者氏名 (本人) (印)

----- 切り離さないこと -----

施工管理者等のための足場点検実務者研修受講票

(* 分会— 号)

氏名		受講番号	※第 号
事業場名	電話 — —		
所在地			
指定受講日	平成 年 月 日 午前 9時00分からです		

- 注 (1) 受講票にも記入して下さい。
(2) 受講票は当日会場受付に提出して下さい。
(3) 開始10分前までに、受付けをすませて下さい。遅刻は認めないためご注意ください。