

安全衛生教育等受講申込書

受講を希望する種目の番号に○を付すこと

※No.1～7の講習は写真1枚を右枠に貼るのみ(クリップ留は不要)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 雇い入れ時実施担当者教育 | 11. 低層住宅のための職長教育 |
| 2. 交通労働災害防止担当管理者教育 | 12. 有機溶剤等取扱い業務 |
| 3. 現場管理者のための統括管理研修 | 13. 刈払機取扱い作業 |
| 4. 安全管理者選任時研修 | 14. 施工管理者等足場点検実務研修 |
| 5. 新総合工事業者のリスクアセスメント教育 | 15. 丸のこ取扱い作業教育 |
| 6. 建設業熱中症指導員管理者研修 | 16. 職長安責者能力向上教育 |
| 7. 建設業化学物質リスクアセスメント研修 | 17. 斜面の点検者の安全教育 |
| 8. 足場組立能力向上(点検実務) | 18. 玉掛け業務従事者教育 |
| 9. 振動工具取扱い業務 | 19. 木造建築物の解体作業指揮者 |
| 10. 職長・安全衛生責任者教育 | 【No18は助成金の利用が可能】 |

写 真

2 枚

3.5×2.5

正面・無帽・無背景

(1枚クリップ留)

■助成金利用	有	助成金を利用する方は右記に雇用保険 適用事業所番号を記入してください	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											保険 料率	1000分の
無															

申請日：平成 年 月 日

注) の欄は必ず本人が記入してください。

※訂正箇所には必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)

ふりがな			昭和	年	月	日
氏名			生年月日	平成	年	月 日
住所	〒 _____		TEL(携帯電話)	-	-	
建 災 防 栃木県支部 会員・非会員 (どちらかに○)	勤務先所在地 〒 _____		事業所名	TEL () FAX ()		

必ず郵便番号を記入してください。

- 記載事項に虚偽の申請が認められた場合は、修了証の交付ができないことがあります。
- 受講対象者の年齢は満18才以上とします。
- 受講料は、当日欠席の場合は返還できません。
- 遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)
- 記入していただいた各項目は、この講習の事業以外では一切使用いたしません。
- 助成金を利用される方は必要事項を上段の■助成金利用欄に記入してください。

建設業労働災害防止協会栃木県支部長 殿