

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. 交通労働災害防止担当管理者教育 | 10. 職長・安全衛生責任者教育 |
| 2. 現場管理者のための統括管理研修 | 11. 有機溶剤等取扱い業務 |
| 3. 新総合工事業者のリスクアセスメント教育 | 12. 刈払機取扱い作業 |
| 4. 建設業熟中症指導員管理者研修 | 13. 施工管理者足場点検実務研修 |
| 5. 建設業化学物質リスクアセスメント研修 | 14. 丸のこ取扱い作業教育 |
| 6. 職場環境改善実施担当者講習 | 15. 職長安責者能力向上教育 |
| 7. 安全管理者等能力向上教育 | 16. 斜面の点検者の安全教育 |
| 8. 足場組立能力向上(点検実務) | 17. 玉掛け業務従事者教育 |
| 9. 振動工具取扱い業務 | 18. 木造建築物の解体作業指揮者 |

【No17は助成金の利用が可能】

写 真

2 枚

3×2.4

正面・無帽・無背景

(1枚クリップ留)

■人材開発支援助成金利用	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と保険料率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															

受講日： 月 日

注) の欄は必ず本人が記入してください。

ふりがな			生年月日	S	年	月	日
氏名	併記を希望する場合の旧姓又は通称(要確認書類)			H	(満 歳)		
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 ()				

令和 年 月 日

- 1.本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
- 2.旧姓又は通称併記希望者は、戸籍謄本、住民票、自動車運転免許証など名称確認できる書類のコピーを添付してください。尚、本籍地の記載はマスキング(黒塗り)してください。
- 3.受講対象者の年齢は満18才以上とします。
- 4.受講料は、当日欠席の場合は返還できません。
- 5.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)
- 6.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。

建設業労働災害防止協会栃木県支部長 殿