

# 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.1~8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. 元方安全衛生管理者能力向上教育 | 9. 車両系(整地)運転業務従事者  |
| 2. 建設業熱中症指導員管理者研修  | 10. 足場組立能力向上(点検実務) |
| 3. 化学物質管理者講習(2日間)  | 11. 振動工具取扱い業務教育    |
| 4. 保護具着用管理者教育      | 12. 職長・安全衛生責任者教育   |
| 5. 墜落・転落災害防止対策講習   | 13. 刈払機取扱い作業教育     |
| 6. 店社及び元方事業者安全管理講習 | 14. 施工管理者足場点検実務研修  |
| 7. 現場の安全衛生指導手法習得講習 | 15. 丸のこ取扱い作業教育     |
| 8. 小規模事業場の安全衛生管理講習 | 16. 職長・安責者能力向上教育   |

【No9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 無	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

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			S 年 月 日 H (満 歳)
氏 名	生年月日	併記を希望する場合は旧姓又は通称(要確認書類)	
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

- 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。
- 旧姓又は通称併記希望者は、戸籍抄本、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。
- 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。