

(一社)沖縄県高圧ガス保安協会

講習申込書

フルハーネス型墜落制止用器具作業業務特別教育	
ふりがな	
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日生 平成
現住所	〒
	TEL() -
事業所名	
事業所所在地	〒
	TEL() - FAX() -

※受講番号	番
-------	---

注)受講料支払方法に
○をつけて下さい。

	協 会 払 込
	銀 行 振 込
	そ の 他 ()

この申込みで収集しました個人情報、この講習の受付のために使用いたします。詳細は本講習の案内書をご参照下さい。

(一社)沖縄県高圧ガス保安協会

講習受講票

	フルハーネス型墜落制止用器具作業業務特別教育
受講番号	※ 番
ふりがな	
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日生 平成
現住所	〒
	TEL() -

(切り離さないで提出すること。)

- 注)
- ※印は記入しないで下さい。
 - この受講票は、他人に使用させることはできません。
 - 講習開始20分前までに会場に集合して下さい。
 - 講習当日は、必ずこの受講票を携帯してください。
 - 受講票は必ず本人が記入して下さい。
 - 写真は最近6ヶ月以内に撮影した無帽、無背景で正面上半身像のもの。

実施事務所	(一社)沖縄県高圧ガス保安協会
-------	-----------------