

令和4年11月18日

事業者 殿

(公社) 神奈川労務安全衛生協会鶴見支部



フルハーネス型墜落制止用器具作業特別教育講習会の開催について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
日頃より当協会支部の活動に際しご理解ご協力を賜り御礼申し上げます。
本年度の「フルハーネス型墜落制止用器具作業特別教育」を開催いたします。
是非この機会に受講されますようご案内申し上げます。

記

1. 開催日時 令和5年1月19日(木) 午前9時～午後4時40分
(受付は午前8時30分より)
2. 場 所 (一財) 鶴見商工会館1階会議室
〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央 3-26-4
TEL: 045(503)0017
3. 定 員 32名 (定員になり次第〆切りとさせていただきます)
4. 受講料 会 員 1名につき 7,130円 (テキスト代・消費税10%込)
一 般 " 9,130円 (")
5. 受講証 講習修了者には修了証を交付いたします。
6. 内 容 (1) 作業に関する知識
(2) 墜落制止用器具に関する知識
(3) 労働災害防止に関する知識
(4) 関係法令
(5) 実技
7. 準備品 (1) 筆記用具
(2) フルハーネス型墜落制止用器具 (ご用意いただける方はご持参ください。)

※ 新型コロナウイルス感染症拡大の防止対策として、マスクの着用と入室前の検温 (非接触型) をお願いしております。

尚、参加人数が少数の場合は中止になる事もありますのでご承知おきください。

8. 申込方法

- ① 申込書に必要事項を記入の上FAXし、受講料を1月12日迄にお支払ください。
- ② 銀行振込の場合は、事前に受付の可否をご確認の上1月12日迄にお振込ください。
又、領収証の発行は致しませんので振込ご利用明細をご使用ください。
領収証が必要な場合は事前にご連絡ください。
- ③ 申込後に受講を取りやめる場合は、講習会前日までに事務局へご連絡ください。
前日までにご連絡のない場合は、受講料のお返しはできませんのでご了承下さい。

現金支払場所：（公社）神奈川県労働安全衛生協会鶴見支部 事務所
〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央3-26-4
TEL 503-0017 FAX 505-3411

振込先： 横浜銀行鶴見支店
口座名 神奈川県労働安全衛生協会鶴見支部 （普）0064420
(振込料は貴社負担にてお願いします)

..... FAX送信票
令和 年 月 日

鶴見支部事務局 (FAX : 045-505-3411)

フルハーネス型墜落制止用器具作業特別教育講習会申込書

受講NO (事務局記入)	(ふりがな) 受講者氏名 (はっきりと)	生年月日	担当職名
		. .	
		. .	
事業場名			
所在地	〒		
連絡担当者氏名		所属	
TEL		FAX	
受講料の支払についてご記入ください。		該当する所を○で囲んで下さい。	
		会員 (会員NO) 一般	
名 円 令和 年 月 日		①銀行振込	②鶴見支部へ持参

※ご記入いただいた個人情報については、鶴見支部が責任を持って管理し、他に使用いたしません。