

令和8年5月13日

事業者 殿

押印省略
(公社) 神奈川労務安全衛生協会
鶴見・川崎北支部共催

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2回目の「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8年7月30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 8,230円(テキスト代・消費税10%込)
一 般 " 11,230円(")
*NET申込の場合は300円の会員割引となります。
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(各自でご用意いただいても結構です)
*講習会では、支部所有のものを使用します。

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、メールもしくはFAX、または鶴見支部ホームページからNET申込してください。NET申込の場合は300円の会員割引となります。

<https://www.roaneikyo.or.jp/shibu/reserve/schedule.php?sibu=3>

②銀行振込の場合は申し込み可否状況をお確かめの上7月23日迄を目安にお振込みください。

③申込後に受講を取りやめる場合は、前日迄に必ず事務局までご連絡ください。当日ご連絡のないまま取りやめた場合は受講料のお返しはできませんのでご了承ください。

④銀行振込の場合、領収証の発行はいたしませんので、振込みご利用明細をご使用ください。領収証が必要な場合には事前にご連絡ください。

◎ (公社) 神奈川労務安全衛生協会鶴見支部

〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央3-26-4

FAX: 045-505-3411 または E-mail: tsurumi@roaneikyo.or.jp

◎ 横浜銀行鶴見支店

口座名 (公社) 神奈川労務安全衛生協会鶴見支部 (普通) 0064420

〈振込手数料は貴社にてご負担ください〉

9. その他

①当日は、受講票を必ず持参下さい。

②EメールおよびFAXで申し込まれた方には、受講票を『Eメール』で送らせて頂きますので、氏名を楷書でご記入願います。

④講習時のマスクの着用は、個人の判断でお願いいたします。ご理解・ご協力お願いいたします。なお、換気等で室内が寒くなる場合があります。体温が調整できるよう準備お願いいたします。

以上

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

メール送付先 tsurumi@roaneikyo.or.jp
 F A X送付先 0 4 5 - 5 0 5 - 3 4 1 1

事業場名 _____ 会員番号 _____

住所〒 _____ T E L _____

ご担当者 _____ (所属) _____ F A X _____

メールアドレス _____

氏 名	ふ り が な	生 年 月 日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日

支払方法他 (該当番号に必ず○をして詳細を必ずご記入下さい)

1. **現金** 支部事務局へ持参 (領収書発行します) _____ 月 _____ 日 支払予定
 (支払予定日を必ずご記入願います。予定日に事務局が対応不可の場合は、
 あらためてご連絡させていただきます)

2. **銀行振込** (振込手数料は貴社でご負担願います) _____ 月 _____ 日 振込予定
 口座名義 (公社)神奈川労務安全衛生協会 鶴見支部
 横浜銀行 鶴見支店 (普) 0 0 6 4 4 2 0

3. **請求書が必要** (ご担当者様宛に送付します)

4. **銀行振込で領収書が必要** (入金確認後、ご担当者様宛に送付します)

*ご記入頂いた個人情報は当支部が責任を持って管理し、本講習会の的確な実施のためにのみ
 利用させていただきます。