**令和７年度**

**「フルハーネス型墜落制止用器具使用従事者」・「ロープ高所作業」**

**特別教育研修会受講申込書**

会 社 名：　　　　　　　　　　　　担当者名：

電話番号：　　　　　　　　　　　ファックス：

 受講票等送信先アドレス：　　　　　　　＠

＜受講者＞**※ 修了証に転記するためお間違えの無いようお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 昭和　・　平成　　年　　　月　　　日 |
| 現住所 | 〒　　　‐　携帯：　　　　　　　　　　　 |
| 会員種別 | 会員　　／　　日造協・組合会員　　／　　非会員* 該当するものに〇をつけてください
 |
| 受講区分✅を付けてください | 両方受講　□フルハーネス型墜落制止用器具使用従事者　□ロープ高所作業　□ |

※ 複数いる場合は、コピーしてご使用ください。

↓送信先↓

y.tanaka@tmla.or.jp　　　／　　03-3462-2805（FAX）