

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育学科・実技省略申込

修了証番号	
受講会場	
受講日時	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分
(ふりがな)	
受講者氏名	
ファイル添付	① ロープ高所作業特別教育の受講を証明できるものをファイル添付
	② 足場特別教育の受講を証明できるものをファイル添付
免除に関する証明	③ 高さが2m以上の箇所であって作業床を設けることが困難な場所でフルハーネス型を用いて行う作業に6か月以上従事した経験を有する
	④ 胴ベルト型での作業に6か月以上従事した経験あり
	⑤ フルハーネス型を用いた特別教育の実技講習を受けている
事業主等の証明欄	上記の <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ を証明します(☑)
	令和 年 月 日
	事業者名
	代表者名
	所在地
	(印)

