

(施工管理者等のための足場点検実務者研修) 受講申込書

※太枠内・署名欄のみ記入

受付 番号	
----------	--

予約番号		申込日		写真添付 縦3cm×横2.4cm ※裏面に氏名を 記入の上、 貼付してください。	
受講日	～				
ふりがな					
受講者 氏名					
旧姓・通称	※修了証に旧姓又は通称の併記を希望する場合のみ、ご記入ください。 戸籍謄本等の記載事項の異動を証明する書類(旧姓と現姓がわかる書類)を添付してください。				
生年月日	昭和	平成	年	月	日 (満 歳)
受講者 住所	〒 _____				
電話番号	()		※日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください。		
事業所 情報	事業所名				
	所在地	〒 _____			
	担当者名				
	電話番号	()	FAX		

◆ 継続学習制度に登録されている方は下記へご記入ください。

土木施工管理 技士会CPDS	8桁のCPDS番号	建築士会CPD	11桁のCPD番号
-------------------	-----------	---------	-----------

建設業労働災害防止協会 大分県支部長 殿

年 月 日

申込者
(受講者自署)

【申込書記入に当たっての注意事項】

- この申込書に記載する氏名、生年月日等の各項目は、誤りのないように正確に記入してください。
WEBから予約された場合も、誤りがあれば訂正ください。(例) 高 → 高
- 記入いただいた個人情報、講習を実施するために使用するものであり、目的外の利用を行うことはありません。

<p>建設業労働災害防止協会 大分県支部 住 所 〒870-0045 大分市下郡南5丁目4番10号 連絡先 電話 097(538)0745 / FAX 097(538)0323 振込先 大分銀行 東支店(普)5106955</p>
--

実施管理者	受付担当者