

『施工管理者のための足場点検実務者研修』受講申込書

郵便番号 〒

住 所

会 社 名

代表者名

⑩

電話番号

F A X

※記入はボールペンで記入してください（消せるボールペンは不可）

令和5年9月19日（火）開催の表記教育について、下記の者を受講させます。

受講資格の 番号を記入 して下さい	ふりがな	生 年 月 日	現 住 所
	氏 名		
		昭和 平成 年 月 日	〒 ケイタイ ()
		昭和 平成 年 月 日	〒 ケイタイ ()
		昭和 平成 年 月 日	〒 ケイタイ ()
		昭和 平成 年 月 日	〒 ケイタイ ()
		昭和 平成 年 月 日	〒 ケイタイ ()

受講資格

- ①建設工事等の施工管理の実務に従事した経験のある者
- ②店社の安全衛生部門で足場の設置計画書の審査、現場の安全パトロール等の業務を担当している者

※ 申込者多数の場合は、本紙をコピーして下さい。

※ 受講申込書に記入して頂いた、氏名、生年月日等は、当特別教育以外では使用致しません。