

# 令和7年度 施工管理者等のための足場点検実務者研修 受講申込書

(令和7年9月17日 開催)

|                                                       |                               |                                                                                                                  |  |                                                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|
| ふりがな                                                  |                               |                                                                                                                  |  | 受付番号                                             |
| 氏 名                                                   |                               |                                                                                                                  |  |                                                  |
| □旧姓の氏名                                                | ※旧姓及び通称の併記を希望する方は下記に記入してください。 |                                                                                                                  |  |                                                  |
| □通称<br>(希望者のみ)                                        |                               |                                                                                                                  |  |                                                  |
| 生年月日                                                  |                               | 年 月 日 (満 歳)                                                                                                      |  | 写真1枚<br>縦 3.0 cm × 横 2.5 cm<br>半年以内に撮影<br>無帽・無背景 |
| 現 住 所                                                 |                               | (〒 - )                                                                                                           |  |                                                  |
| 所 属 事 業 所                                             | 会 社 名                         |                                                                                                                  |  |                                                  |
|                                                       | 所 在 地                         | (〒 - )                                                                                                           |  |                                                  |
| 連 絡 先                                                 |                               | ※講習当日までに連絡を取る場合がございますので、日中(9時～17時)に連絡が取れる電話番号をご記入下さい<br>会社・自宅・その他(携帯電話等) 電話番号 ( - )                              |  |                                                  |
| 職長・安全衛生責任者教育もしくは<br>統括安全衛生責任者教育の受講歴<br>※修了証の写しを別紙にて提出 |                               | 交付年月日<br>[ 年 月 日 ]                                                                                               |  | 修了番号<br>[ ]                                      |
| 事業主証明                                                 |                               | 店社の安全衛生部門又は工事部門で足場の設置計画書の審査、工事現場の安全パトロール等の業務を担当している者であることを証明します。<br>会 社 名<br>代表者役職・氏名<br>連絡先住所・電話                |  |                                                  |
| 受講票送付先                                                |                               | ※受講票を FAX にて送付いたしますので、下記に FAX 番号をご記入下さい<br>郵送をご希望の方は、返信用封筒(宛先明記・切手貼付)を提出して下さい<br>FAX 送信先: 会社・自宅・その他 FAX 番号 ( - ) |  |                                                  |
| 継続学習制度(CPDS・CPD)<br>受講証明書発行希望者は右記の<br>いずれかに○印         |                               | CPDS 受講証明書発行希望<br>CPD 受講証明書発行希望 【CPD 番号: 】                                                                       |  |                                                  |

## 【 申込書記入にあたっての注意事項 】

- この申込書に記載する氏名、生年月日等の各項目は法令で記入することが定められています。誤りのないよう正確にご記入ください。
- 本申込書にご記入いただいた個人情報、特別教育・安全衛生教育を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
- 記入に訂正がある場合は、修正液等は使用しないで下さい。必ず訂正箇所には二重線を引き、空欄に正しく記入してください。
- 「職長・安全衛生責任者教育もしくは統括安全衛生責任者教育の受講歴」または「事業主証明」はどちらか一方をご提出ください。

## 【 注意事項 】

- 振込支払の方は、受講料を下記の銀行口座へ振り込んで下さい。

受 講 料: 会員 9,570円 (テキスト代1,485円含)

非会員 10,120円 (テキスト代2,035円含)

振込口座: 滋賀銀行 本店 (普通) 755278 名義: 建設業労働災害防止協会 滋賀県支部

- 納付後の受講料は、一切お返し出来ませんので日程をよく調整した上でお申込み下さい。

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 連絡先 | 〒520-0801 大津市におの浜一丁目1-18号         |
|     | 建設業労働災害防止協会 滋賀県支部                 |
|     | Tel 077-522-3232 Fax 077-522-7743 |

※下記の欄には記入しないで下さい。

| 実 施 管 理 者 | 実 務 担 当 者 | 受 付 担 当 者 | 受 付 年 月 日 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |           |