

フルハーネス型墜落制止用具 使用作業の業務に係る特別教育

日時 令和6年8月21日(水) 8:50~16:00(受付8:20~)

受講料 12,000円(テキスト代込み)

※ご指定の郵送先に案内状をお送りします。
案内状が届きましたら、指定日までにお支払いを
お願いいたします。

作業床設置が難しい2m以上の高さのところでフルハーネス型の安全帯を使って作業する場合は特別教育の受講が義務付けられています。

資格等により受講科目の一部免除が設けられていますが、再確認のためにも、全科目を受講していただきます。ご了承ください。



講習内容		時間(予定)
学科	作業に関する知識	8:50~9:50
	墜落制止用具に関する知識	9:55~12:00
昼休憩		12:00~12:50
学科	労働災害防止に関する知識	12:50~13:50
実技	墜落制止用具の使用方法	13:55~15:25
学科	関係法令	15:30~16:00

定員

25名 申込人数が少ない場合は中止になることがあります

申込方法

裏面の「受講申込書」に必要事項を記入のうえ、**8月6日(火)まで**にご提出ください。

当日の携行品

筆記用具、作業等実習可能な服装、保護帽(ヘルメット)、作業用手袋、昼食(昼休憩に外出可能)、フルハーネス型墜落制止用具(準備可能な方、お持ちの方はできるだけご準備ください。)

修了証

修了証は後日送付いたします。

お申込み・実施場所・お問い合わせ

〒694-0064 大田市大田町大田イ309-2
島根中央地域職業訓練センター

電話 0854-82-9666 FAX 0854-82-7850

受講生
募集



--	--	--

受講申込書

提出日 令和 年 月 日

訓練科 コース名	フルハーネス型墜落制止用具使用作業の業務に係る特別教育		
開催日時	令和6年8月21日(水)	申込 期日	8月6日(火)
ふりがな			性別
受講者氏名			男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満才)		
住所	〒 電話		
勤務先 (所属先)	所在地	〒 電話	
	事業所名		
受講票 修了証 郵送先 (○で囲む)	受講者現住所・勤務先(所属先) 上記以外(〒)		

※申込者が複数の場合、コピーしてお使いください。

- この申込書に記載する内容で修了証を作成します。楷書でご記入ください。
- 氏名等の漢字表記には特にご注意ください。(旧字体や現在通行体の区別等)
- 本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習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。

【受講申し込み・問い合わせ先】

職業訓練法人 島根中央能力開発振興協会

島根中央地域職業訓練センター

〒694-0064 島根県大田市大田町大田イ309-2 電話0854-82-9666 F A X 0854-82-7850