

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7年8月20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5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



所長	係		

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7年8月20日（水）	申込 期日	8月5日（火）
ふりがな			性 別
受講者氏名			男 ・ 女
生年月日	西暦 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。
- 1. 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。
 - 2. 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）
 - 3. 本申込書にご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、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