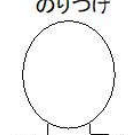


フルハーネス型墜落制止用器具業務特別教育

| | | | |
|------|---|----------------|-----|
| 受講番号 | 第 号 | 入校予定日 | 月 日 |
| フリガナ | | | |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | | |
| 電話番号 | 自宅 () - | 携帯番号 | - - |
| 現住所 | 〒 | | |
| 勤務先 | 会社名 | 勤務先の電話番号 () - | |
| | 所在地 | 〒 FAX () - | |
| クラス | 講習の一部免除資格の有無(該当するクラスに○印) | | |
| A | 1. 免除資格の全くない方(下記クラスに該当しない方) | | |
| B | 1. 平成31年2月1日時点で、高さが2メートル以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいて胴ベルト型の安全帯を用いて行う作業に6ヶ月以上従事した経験がある方。 (業務経験の証明 下記の通り) | | |

のりつけ



証明写真貼付(3cm×2.4cm)
裏面に氏名を記載
完全に貼付してください

■写真を貼付するときの
注意点
●上三分身(胸から上)、
脱帽、無背景のもの
●申請前6ヶ月以内に撮影した
もの
●鮮明で変色の恐れのないもの
●サングラスやヘアバンド等
により顔の一部が隠れてい
ないもの
●写真専用紙で印刷したもの
●マスクをしていないもの
●フラッシュなどが眼鏡で反射し、
目の輪郭が不鮮明でないもの

平成31年2月1日時点で、胴ベルト型の安全帯を用いて行う作業に従事した経験証明

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで6ヶ月以上当該業務に従事した。

上記の通り受講申込者が実務に従事した事を証明いたします。

年 月 日

事業所名称
所在地
事業者氏名

印

株式会社ロイヤルコーポレーションの個人情報の取扱いについて

当校が取得したお客様の個人情報は、次の目的で利用させていただきます。

- 当社で実施する免許取得のための教習、講習、認定教育等を実施するため。
- 当社で実施する教習、講習、認定教育に関する内容の宣伝、サービスなどをお知らせするため。
- 当社が行う、各種イベント・キャンペーン及び交通安全講習会等の開催の案内などをお知らせするため。
- 顧客満足度の向上を図ることを目的として、郵便、電話、電子メールなどの方法により、アンケート調査を実施するため。

※上記「誓約書」及び「個人情報の取り扱い」に関し確認しますので下記を○(マル)で囲んでください。

-同意します

| | | | |
|-------|-----|-----|----|
| 入校年月日 | 受講料 | 教本代 | 備考 |
| 年 月 日 | 円 | 円 | |