

フルハーネス型墜落制止用器具取扱特別教育のご案内

高さ2m以上の箇所であって、幅40cm以上の作業床を設けることが困難なところの業務に従事する者は、労働安全衛生規則第36条31号、32号により、特別教育を受けることが義務付けられています。

記

1. 日時・場所

回	日 程	時 間	場 所
第一回	令和4年04月19日(火)	9:10~16:20	リーパスプラザこが
第二回	令和4年05月17日(火)		
第三回	令和4年07月01日(金)		
第四回	令和4年10月12日(水)		
第五回	令和4年11月22日(火)		
第六回	令和5年01月12日(木)		

2. 定員 50名

3. 受講料・テキスト代 (消費税込み) (単位:円)

	受講料	テキスト代	合計
福岡中央労働基準協会会員	7,200	800	8,000
一 般	9,200		10,000

4. カリキュラム

講 習 内 容	時 間
①労働災害の防止に関する知識	9:10~10:10
②関係法令	10:10~10:40
③作業に関する知識	10:50~11:50
昼 食	11:50~12:40
④墜落制止用器具に関する知識	12:40~14:40
⑤墜落制止用器具の使用方法等(実技)	14:50~16:20

5. 申込方法

◎受講申請書に記入の上、下記の書類を添えて当協会へご郵送下さい。

- 自動車運転免許証のコピー、又は個人番号が記載されていない住民票

※手続き完了の方には受講票をFAXいたします。

◎申込先 〒810-0042 福岡市中央区赤坂1-7-23 赤坂弁護士ビル5F
福岡中央労働基準協会

◎振込先 受講料は下記の指定口座に受講日の一週間前迄にお振り込み下さい。

(振込手数料は受講者負担でお願いします。)

西日本シティ銀行 赤坂門支店 普通口座 1388163 口座名義 福岡中央労働基準協会
--

6. 修了証 科目を終了された方に、修了証を交付します。

7. その他 既納の受講料は原則として返却いたしませんので、もし当日受講できないときは代替者を派遣していただきますようお願いいたします。

「フルハーネス型墜落制止用器具取扱」特別教育講習 申請書・証明書

事業場所在地	〒 ー		
事業場名			
連絡先	TEL	FAX	担当者氏名
ふりがな 受講者氏名	生年月日	現住所	※受講番号
			※修了証番号
-----	昭・平 年 月 日	〒 ー	
-----	昭・平 年 月 日	〒 ー	
-----	昭・平 年 月 日	〒 ー	
-----	昭・平 年 月 日	〒 ー	
-----	昭・平 年 月 日	〒 ー	
講習内容	フルハーネス型墜落制止用器具取扱特別教育		
講習年月日	4/19 5/17 7/1 10/12 11/22 R5 1/12		
会場	リーパスプラザこが		
講習者	上記教育の講習過程を修了したことを証明します。 年 月 日		
証明書	福岡中央労働基準協会会長 印		

- ◆ 免許証等記載の、受講者氏名・生年月日・現住所を正確に記入してください。
- ◆ 標記の教育を実施したことを証明する記録です。(労働安全衛生規則第38条参照)
- ◆ 本申請書にご記入いただいた氏名、生年月日、住所、連絡先等の個人情報につきましては、講習会の目的以外では利用いたしませんのでご了承ください。

福岡中央労働基準協会

〒810-0042 福岡市中央区赤坂1-7-23赤坂弁護士ビル5

■TEL：092-711-9132 ■FAX：092-731-8839