

(別紙)

FAX 0852-25-9581

(一財) 島根県建築住宅センター 宛

**フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 受講希望者名簿**

希望会場名 ( )

事業者名 ( )

所属団体名 (・建築技術協会 ・管工事協会 ・電業協会 ・塗装業協会

・建築士事務所協会 ・設備設計事務所協会)

団体名に○をしてください

	氏名	ふりがな	生年月日	現住所	フルハーネス型 (持参の有無)
例	足場太郎	あしばたろう	1967.1.10	島根県松江市殿町〇〇番地 (本人住所)	有
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					