

第6回(R8.1/29)フルハーネス型墜落制止用器具特別教育講習会

① 関西協会(KGA)会員 ② 一般・協力業者 (※番号に○してください。)

会社名 _____ 会社住所 _____

代表者 _____ E-mail _____

*日中連絡の取れる番号でお願いいたします。

申込担当者 _____ TEL _____ FAX _____

※氏名には必ずふりがなをお願いします。修了証に記載のため、氏名、生年月日は正確にお願いいたします。複数名の場合は、コピー願います。

フリガナ 氏 名	
生 年 月 日 (西暦)	年 月 日 血液型 型
現 住 所	〒
性 別	男 女
高所作業経験年数	年 月

フリガナ 氏 名	
生 年 月 日 (西暦)	年 月 日 血液型 型
現 住 所	〒
性 別	男 女
高所作業経験年数	年 月

フリガナ 氏 名	
生 年 月 日 (西暦)	年 月 日 血液型 型
現 住 所	〒
性 別	男 女
高所作業経験年数	年 月

申 込 書 送 信 先 (一社) 関西ガラス外装クリーニング協会 FAX 06-6711-4531

問合せ先 (TEL 06-6711-4530)