

事業主各位

一般社団法人長崎県労働基準協会佐世保支部

## 「フルハーネス型墜落制止用器具」(10月)特別教育開催ご案内

高さ 2m 以上の箇所にあつて作業床を設けることが困難なところにおいて、墜落制止用器具のうちフルハーネス型のものを用いて行う作業（ロープ高所作業に係る業務を除く）についての講習です。（労働安全衛生法第 59 条 3 項労働安全衛生規則第 36 条 41）

### 1. 講習日程および会場

※ 遅刻厳禁 8:50 までに受付を済ませて下さい

講習日程	開始時刻	講習会場
令和6年10月16日(水)	9:00～	交通会館（駐車場なし） 佐世保市栄町 7-12（TEL0956-25-3500） 【☎ 問い合わせ・連絡は、3.の申込先へ】

※講習日は、フルハーネス型墜落制止用器具を必ずお持ち下さい

### 2. 申込方法

下記の①→②に従ってお申込み下さい ※予約申込みは致しません

#### ① まず受付開始日にお電話下さい

受付開始日令和 6 年 9 月 20 日(金) 9:00 より

(受付時間 9:00～17:00)

電話番号 0956-42-0020

先着順に受け付け、定員になり次第キャンセル待ちとなります。

電話でA～Eを順に  
伝えてください

- A 受講する講習名
- B 事業場名
- C 受講者数
- D 電話番号・連絡先
- E 担当者名

#### ② ①にて電話受け付け完了後、受講申込書を3.申込先へ送付または持参下さい

持参の場合 受講申込書(本人確認書類添付)と受講費用を当協会へお持ち下さい。  
受講費用は後日振り込みも可 ⑤16:00以降は不在の場合がありますので  
ご連絡の上お越し下さい。(駐車場:1台有り)

送付の場合 受講申込書(本人確認書類添付)と返信用封筒(84円切手、10/1以降は  
110円切手貼付)を同封のうえ送付して下さい。(現金書留可)  
受付後、受講券とご請求書を送付いたします。

※指定の期日までに受講費用をご入金後 **申込み完了**となります。

### ●申込の取消 (お電話下さい)

10月9日(水) 17時まで → 受講料の全額返金 その後は → 返金出来ません

### 3. 申込先

〒857-0034 佐世保市万徳町1-11 川津ビル1F

一般社団法人 長崎県労働基準協会 佐世保支部 TEL0956-42-0020

### 4. 受講費用

	受講料	テキスト代	合計(10%税込)
会員	8,360円 (内税760円)	990円 (内税90円)	¥9,350
一般	10,560円 (内税960円)	990円 (内税90円)	¥11,550

### 5. 講習科目

時間は講習の進行状況により若干変更することがあります

10/16 (水)	時間(休憩を含む)	科目		時間数
	8:50までに 入場下さい 9:00~16:30	学科	作業に関する知識	1 H
墜落制止用器具(フルハーネス型のものに限る。 以下この条において同じ。)に関する知識			2 H	
労働災害の防止に関する知識			1 H	
関係法令			0.5H	
実技			墜落制止用器具の使用方法等	1.5H

合計 6 H

### 6. 持参するもの

受講券と一緒にお渡しする別紙にてご確認ください

### 注意

※ 全講習科目を必ず受講して下さい。

※ 遅刻・早退・欠課等をされますと修了証を交付することができません。

### ☆ 助成金について ☆

『人材開発支援助成金』

書類の取り寄せ・提出及びお問い合わせ先

長崎労働局 職業安定部職業対策課 ☎ 095-801-0042

- ①楷書で丁寧に記入してください(鉛筆は不可)
- ②用紙サイズはA4をお願いします
- ③※印は記入しないこと
- ④本人確認書類の添付を必ずお願いします
- ⑤誤記入の場合➡二重線で訂正の上、訂正印を押印(修正テープ等は使用不可)

## フルハーネス型墜落制止用器具特別教育受講申込書

- ① 自動車運転免許証(表裏)
  - ② 健康保険証(表裏)
  - ③ 在留カード(表裏)
  - ④ 住民票(マイナンバーの記載がない、6ヶ月以内に発行のもの)
  - ⑤ マイナンバーカード(表面のみ)
- いずれかの写しを本人確認書類として必ず添付してください  
 ※①③は記入がない場合も裏面の写しが必要です  
 ※②は裏面に現住所を記入の上コピーを取って下さい

		受 講 者	受 講 番 号	※
受 講 者	ふりがな			
	氏 名	生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 才 )
	現 住 所			
	郵便番号	電話番号	( )	
		携帯番号	( )	
◎ 氏名・生年月日・現住所は本人確認書類と一致すること				
所 属 事 業 場	ふりがな			
	事業場名			
	所在地			
	郵便番号	電話番号	( )	
		FAX番号	( )	
	連絡担当者	部 署 職 名	氏 名	
会員・一般の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般		加入支部名 (会員の場合)	支部	
申込年月日  年 月 日		申 込 者 ( 受 講 者 又 は 事 業 場 )		
		(印)		

ご記入いただきました個人情報につきましては、当支部が責任をもって管理し、本講習の目的以外には使用いたしません。本申込書を当支部が受理した時点で、申込人が、当該利用目的に同意されたものとみなします。

一般社団法人 長崎県労働基準協会 佐世保支部長 殿

修 了 年 月 日	※	修了証 番 号	※
摘 要	※		