

# フルハーネス型 墜落制止用器具 特別教育

労働安全衛生施行令及び労働安全衛生規則等が改正されました

(平成31年2月1日より義務化)

- ①墜落制止用器具はフルハーネス型を原則とすること  
②事業者は、高さ2メートル以上の箇所であって、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に労働者を就かせるときは、特別教育を行うこと（ロープ高所作業に係る業務を除く）⇒ **事業者に代わり、当支部で特別教育を実施いたします**

## 1. 講習日程・科目・会場

**遅刻・早退・欠科をされますと、修了証を交付することができません**

| 日 程                  | 科 目 | 時間            | 時 間 帯 | 会 場                                                                                                                                     |
|----------------------|-----|---------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和6年<br>9月13日<br>(金) | 学科  | 作業に関する知識      | 1     | ※8:50 までに入場<br><b>9:00~16:30</b><br>昼休み 50分及び<br>途中休憩時間含む<br><br><b>三菱記念会館</b><br>長崎市稲佐町 1-15<br>(Tel 095-861-3081)<br><br><b>駐車場あり</b> |
|                      |     | 墜落制止用器具に関する知識 | 2     |                                                                                                                                         |
|                      |     | 労働災害の防止に関する知識 | 1     |                                                                                                                                         |
|                      |     | 関係法令          | 0.5   |                                                                                                                                         |
|                      | 実技  | 墜落制止用器具の使用方法等 | 1.5   |                                                                                                                                         |
| 合 計 時 間              |     | 6             |       |                                                                                                                                         |

## 2. 実技準備品

作業服・安全帽(ヘルメット)・安全靴・フルハーネス型墜落制止用器具(旧規格可)

## 3. 受付開始日

**令和6年8月9日(金)9:00より → まずお電話下さい**

(受付時間9時~17時)

定員になり次第キャンセル待ちとなります

◆◆受講申込み受付の電話番号 ☎095-842-5380 又は ☎050-3793-0585 ◆◆

## 4. 受講費用

| 区 分 | 受 講 料 (10%税込)   | テキスト代(10%税込) | 税込合計    |
|-----|-----------------|--------------|---------|
| 会 員 | ¥8,360(内税¥760)  | ¥990(内税¥90)  | ¥9,350  |
| 一 般 | ¥10,560(内税¥960) | ¥990(内税¥90)  | ¥11,550 |

## 5. 申込方法

|               |                                                                                                                                          |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送付の場合         | ◆受講申込書、返信用封筒(84円切手貼付・返信先記入)、本人確認書類を送付ください。<br>複数の申込書をまとめて送付される場合、返信用封筒は1枚で結構です。(現金書留送付も可)<br>受付後、返信用封筒にて受講票及び振込先のご案内を送付しますので、到着後お振込み下さい。 |
| 当支部に<br>持参の場合 | ◆受講申込書、本人確認書類、受講費用をご持参下さい。(受講費用は後日振込みも可)<br>持参の場合、返信用封筒は不要です。                                                                            |

## 6. 申込の取消

令和6年9月6日(金)17時まで ⇒ 受講料の全額返金

その後は ⇒ 返金できません

**返金の有無にかかわらず、取消しのご連絡は必ずお願いします**

## 7. 申 込 先

(一社)長崎県労働基準協会長崎支部

〒852-8117 長崎市平野町 12 番 11 号 井手ビル 2 階

TEL 095-842-5380

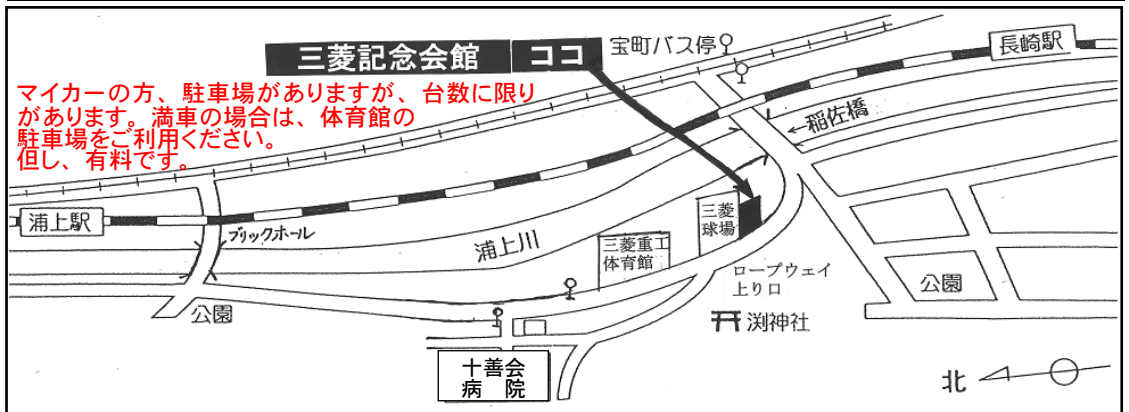
FAX 095-842-5388

## 8. 会場案内図

### 【交通機関】

**バス** 稲佐橋 下車  
ロープウェイ前下車  
徒歩 3 分

**電車** 宝 町 下車  
徒歩 9 分



## 9. 建設事業主等に対する助成金のご案内

中小建設事業主等が雇用する建設労働者(雇用保険の被保険者に限る)に、有給で「フルハーネス型墜落制止用器具特別教育」を、所定労働時間内に受講させた場合、経費・賃金の一部を助成するものです。受講後2ヶ月以内に支給申請書を提出してください。詳細は下記にお問合せ下さい。

助成金様式等の提出・問合せ先

長崎労働局 職業安定部 職業対策課 (TEL 095-801-0042)

〒850-0033 長崎市万才町 7-1 住友生命長崎ビル 6 階

# (一社) 長崎県労働基準協会 長崎支部開催分 各種講習会の受付手順について

## まず受付開始日にお電話を!!

1. 申込みをする講習会の受付開始日を確認する。



2. 受付開始日の9:00より下記の①、②いずれかに電話をしA～Eについて順番に教えてください。  
定員に達するまで受け付け、その後は、キャンセル待ちとします。



3. 予約受付完了後申込書を郵送又は持参する。

受講申込書ご記入の上、返信用封筒(84円切手貼付)を添えて郵送してください。

事務所まで持参される場合は返信用封筒は要りません。

申込書(A4)には、本人確認の書類(自動車運転免許証等)の添付が必要です。

※裏書がない場合も両面コピー下さい。

※技能講習の場合は写真が必要になります。

※受講申込書は当協会ホームページ上にあります。(ご希望の方にはFAX致します)



4. 受講費用振込

受付後、受講票を送付する際に、振込先・金額をお知らせします。

その後指定の期限内(概ね講習会の2週間前迄)にご入金ください。

申込書を事務所に持参される場合は、同時に現金でのお支払いも可能です。

## 受 付 手 順 《長崎支部講習会》

電話番号

① 095-842-5380  
又は

② 050-3793-0585

(受付時間 9:00～17:00)



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



申込書郵送  
又は持参

(持参の場合  
現金での支払いも可)



振  
込

- 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 年 月 日<br>平成 ( 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                                                       | 氏 名 |                      |     |
|                             | 職 名   |                                                           |     |                      |     |
| 会員・一般の区分<br>✓をお願いします        |       | <input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 一 般 |     | 加入支部名<br>(会員の場合)     | 支部  |
| 申 込 年 月 日<br><br>年 月 日      |       | 申 込 者 ( 受講者又は事業場 )<br><br><div>印</div>                    |     |                      |     |

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長崎支部長 殿

|           |   |           |   |
|-----------|---|-----------|---|
| 修了<br>年月日 | ※ | 修了証<br>番号 | ※ |
| 摘 要       | ※ |           |   |