

事業者各位

一般社団法人 山口県労働基準協会山口支部

フルハーネス型墜落制止用器具使用作業特別教育開催のご案内

高さが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係る業務(労働安全衛生規則第36条第41号)に従事する労働者に対しては、労働安全衛生法第59条第3項の規定により、事業者は安全に関する特別の教育を行わなければならないことが義務づけられております。

そこで、安全衛生特別教育規程第24条に基づき、標記教育を下記のとおり実施いたしますので、当該業務に従事される方の受講についてご配慮いただきますよう、お願いいたします。ご案内申し上げます。

記

1. 開催日 令和6年4月8日(月)
2. 開催場所 山口職業能力開発促進センター(ポリテクセンター山口) 山口市矢原1284-1
3. 教育時間等

期 日	教 育 科 目	時 間
8:40～ 8:50	オリエンテーション	10分
8:50～ 9:50	作業に関する知識	1.0時間
10:00～11:00	墜落制止用器具(フルハーネス型に限る)に関する知識	2.0時間
11:10～12:10		2.0時間
12:50～13:50	労働災害防止に関する知識	1.0時間
14:00～14:30	関係法令	0.5時間
14:50～16:20	実技 墜落制止用器具の使用方法など	1.5時間
16:20～	修了証交付	

4. 受講料 会員 9,900 円(税込み) 非会員 12,100 円(税込み)
5. テキスト代 「フルハーネス型墜落制止用器具の知識」 第3版 定価 990 円(税込み)
6. 受講定員 30 名(定員になり次第締め切りとさせていただきますのでご了承ください)
7. 申込受付 令和6年3月7日(木)から
8. 申込方法 受付開始日午前8時30分からまずはお電話にてお申込みください。
お電話でのお申込受付後、申込書はFAX、ご郵送、窓口ご持参のいずれかの方法でお願いいたします。
お支払いにつきましては、請求書または受講番号を付した受講票がお手元に届きましたら指定口座にお振込み願います。
※受講を中止、欠席された場合は、原則として既納の受講料等は返金できません。
9. 申込先 〒753-0051 山口市旭通り2丁目9-19 山口建設ビル2階
(一社)山口県労働基準協会山口支部 TEL 083-925-1430 FAX 083-925-2282
10. 振込先 山口銀行山口支店 普通預金 6572179 (一社)山口県労働基準協会山口支部
※恐れ入りますが、振込手数料はご負担願います。
11. 注意事項
 - (1) 受講当日は、右の申込書から受講票を切り取ったものを、受講日の朝、受付に提示し出席確認印を受けてください。
 - (2) 開講10分前までに受付を終え、受講番号の席にお座りください。また、受講の際は講習係員の指示に従ってください。
 - (3) 実技教育は、作業服着用でお願いします。また、ヘルメット、フルハーネスをご持参ください。
 - (4) 本教育は法令で定められた時間行われるもので、遅刻・早退等があった場合、単位時間不足となり修了証を交付できません。時間厳守でお願いします。

フルハーネス型墜落制止用器具使用作業特別教育 受講申込書

フリガナ			昭和	年	月	日	*受講番号
氏名	住民票・自動車運転免許証記載の漢字でご記入願います		生年月日	平成			
現住所	〒 - -						
携帯電話	- -						
事業場名							当協会の会員・非会員の別、どちらかを○で囲んでください 会員・非会員
所在地	〒 - -						
ご連絡担当者	部署名 役職名等				TEL		
	フリガナ 氏名				FAX	※必ずご記入ください。	
※会員または非会員いずれかを○で囲んでください。 受講料 会員 9,900 円 非会員 12,100 円 テキスト代 990 円 ※複数名お申込みの場合は、いずれか1枚に人数、受講料、テキスト代の合計をご記入ください。 お申込人数計 <input style="width: 50px;" type="text"/> 名 受講料 <input style="width: 50px;" type="text"/> 名分 テキスト代 <input style="width: 50px;" type="text"/> 冊分 合計金額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 上記のとおり、申し込みます。 お申込日 令和 年 月 日 ※フルハーネスはご持参願います。 <div style="text-align: right;">(一社) 山口県労働基準協会 殿</div>							
【インボイス制度に係るお願い】 インボイス対応の請求書 要 <input type="checkbox"/> ・ 不要 <input type="checkbox"/> (いずれかの□内に必ず✓をご記入願います。) ※お支払い予定日 月 日頃の予定、または請求書、受講票受取後 日後位							
その他ご連絡事項がございましたら、下記にご記入ください。 <div style="height: 40px;"></div>							

下の受講票にも忘れずにご記入ください。

フルハーネス型墜落制止用器具使用作業特別教育 受講票

フリガナ			昭和	年	月	日	*受講番号
氏名			生年月日	平成			
現住所	〒 - -						
事業場名							
出席確認印		1. 開講時刻の10分前までに、受付で出席確認印(左欄)を受け、受講番号の席にお座りください。 2. 本教育は法令で定められた時間行われるものです。遅刻・早退等があった場合、単位時間不足となり修了証を交付できません。時間厳守をお願いします。 3. 実技教育は、フルハーネスをご持参ください。また、作業服、安全帽(ヘルメット)着用をお願いします。					
	備考						

個人情報の保護について

ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任を持って管理し、お申込みいただいた教育の的確な実施のためにのみ使用させていただきます。