

# フルハーネス型安全帯 特別教育(学科のみ) を実施します。

労働安全衛生規則の一部が改正され、墜落・転落による労働災害を防止するため、「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係る業務」については、「特別教育」が義務づけられました。

当連合会では、この業務に従事する者を対象とする「特別教育」を以下のとおり開催しますのでご案内します。

- 対象者 満18歳以上の者
- 日時 平成31年3月15日(金曜日)  
9時00分～15時00分
- 会場 静基連会館(静岡市葵区鷹匠2-17-5)
- 定員 100名
- 受講料 6,000円(テキスト代・消費税を含む)
- 申込要領 当連合会ホームページをご覧ください。
- 申込先 最寄りの労働基準協会または静岡県労働基準協会連合会

この「特別教育」には、実技(1.5時間)が含まれていません。  
実技は、事業者において実施していただく必要があります。実施項目は次のとおりです。

- ①フルハーネスの装着の方法
- ②ランヤードの取付け設備等への取付け方法
- ③墜落による労働災害防止のための措置
- ④点検及び整備の方法

なお、学科講習の中では、①～④の内容を含め、テキスト及びDVD教材により解説します。

〒420-0839 静岡市葵区鷹匠2-17-5 静基連会館  
公益社団法人 静岡県労働基準協会連合会  
TEL 054-254-1012 FAX 054-254-4043

受講希望日 平成 年 月 日

フルハーネス型安全帯特別教育

受講申込書

- ・この申込書を基に修了証を作成しますので、戸籍に記載された文字を正確に記入して下さい。
- ・本様式は、A4版サイズで使用してください。(感熱紙不可)
- ※印欄は記入しないこと。

※ 受付番号	
※ 修了証番号	
※ 修了証 交付年月日	

ふりがな		
氏名		
生年月日		昭和・平成 年 月 日生
現住所		〒 _____ TEL ( )
受講者勤務先	会社名	
	所在地	〒 _____
担当者連絡先	会社名	担当者名 部課名
	所在地	〒 _____ TEL ( ) FAX ( )
備考		

平成 年 月 日

(公社) 静岡県労働基準協会連合会長 殿  
( 労働基準協会)

支払予定日 月 日  
(講習日の2週間前までにお願いします)

《個人情報について》

上記の個人情報につきましては、当会が安全に管理し、本講習の実施目的以外には使用いたしません。