

# 〔建設業向け〕能力向上教育(再教育)職長・安全衛生責任者 講習会受講申込書

送信先:KCI教育センター FAX.0246-85-0039

|                    |                                                                                                                                                                                                 |        |     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| ふりがな               |                                                                                                                                                                                                 | 携帯番号   | ( ) |
| 氏名                 |                                                                                                                                                                                                 | E-mail |     |
| 生年月日               | 昭和・平成 年 月 日 満 歳                                                                                                                                                                                 |        |     |
| 住所                 | 〒                                                                                                                                                                                               |        |     |
| 振込名義               |                                                                                                                                                                                                 |        |     |
| 領収書                | 振込明細書に代えさせていただきます。                                                                                                                                                                              |        |     |
| 講習スタイル             | eラーニング講習のみ (※1) ガラパゴスケータイでのご受講はできません。                                                                                                                                                           |        |     |
| アンケート              | ・当社の研修をお知りになった経緯を教えてください。(複数回答可)<br><input type="checkbox"/> FAXDM <input type="checkbox"/> Web検索 <input type="checkbox"/> 過去に利用したことがある <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> 紹介 |        |     |
| 受講期限               | e-ラーニング：入金日から30日以内    zoom講義：入金日から60日以内                                                                                                                                                         |        |     |
| 料金                 | <b>講座 11,000円(税込) + 送料 638円※送付先1件につき</b>                                                                                                                                                        |        |     |
| ZOOM<br>講義受講<br>同意 | 本講座はZOOM(オンライン会議ツール)を用いた講座が含まれます。(グループ演習に使用)<br>※1 Zoom(Web会議ツール)アプリがご利用いただけないお客様は、申込み・受講はできません。<br>また、ZOOM講義に参加されない場合は、修了証は発行いたしかねます、ご了承ください。<br>※下記のチェックがない場合の申込は無効です。                        |        |     |
|                    | <input type="checkbox"/> 上記に、ご同意いただけましたら点(チェック)を入れてください。                                                                                                                                        |        |     |

## ●対象者

(安全衛生教育推進要綱R3年1月21日付の通達より)職長等・安全衛生責任者を取得から概ね5年経過している方、又は機械設備等に大きな変更あったとき

## ●能力向上教育(再教育)の講習内容

職長及び安全衛生責任者として行うべき労働災害防止に関すること 120分

労働者に対する指導又は監督の方法に関すること 60分

危険性又は有害性等の調査等に関すること 30分

グループ演習 130分(ZOOM使用)

合計5時間40分

## ■振込先 西武信用金庫 神田支店(161) 普通預金 0023607 口座名義 マネビ

注1 入金確認できない場合には受講できません。振込手数料はお客様のご負担となります。

注2 教材の発送後の受講料につきましては返金できかねますのでご了承下さい。

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 事業者           | 会社名 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |
|               | Ⓜ (必須項目)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |  |
| 所在地           | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |  |
| 業種<br>(複数回答可) | <input type="checkbox"/> 土木工事業 <input type="checkbox"/> 設備工事業 <input type="checkbox"/> 電気工事業 <input type="checkbox"/> 解体工事業 <input type="checkbox"/> 左官工事業 <input type="checkbox"/> とび・土工事業<br><input type="checkbox"/> 鉄筋工事業 <input type="checkbox"/> 防水工事業 <input type="checkbox"/> 建築工事業 <input type="checkbox"/> 網構造業 <input type="checkbox"/> リフォーム業 <input type="checkbox"/> その他( ) |       |  |
| 従業員人数         | <input type="checkbox"/> 1-30名 <input type="checkbox"/> 31-50名 <input type="checkbox"/> 51-100名 <input type="checkbox"/> 101-200名 <input type="checkbox"/> 201名以上                                                                                                                                                                                                                         |       |  |
| 電話番号          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FAX番号 |  |
| 担当者           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 携帯番号  |  |

株式会社manebi  
KCI教育センター

〒971-8124 福島県いわき市小名浜住吉字折返2-2-3  
TEL.0120-919-749 FAX.0246-85-0039