**フルハーネス型墜落制止用器具の経験証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| № | 申　　　　　　　　　込　　　　　　　　　書 |
| １ | フリガナ |  | 昭 和・平 成 （○で囲む） |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生 （　　　才） |
| 現住所 | 〒 |
| ２ | フリガナ |  | 昭 和・平 成 （○で囲む） |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生 （　　　才） |
| 現住所 | 〒 |
| ３ | フリガナ |  | 昭 和・平 成 （○で囲む） |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生 （　　　才） |
| 現住所 | 〒 |
| ４ | フリガナ |  | 昭 和・平 成 （○で囲む） |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生 （　　　才） |
| 現住所 | 〒 |
| ５ | フリガナ |  | 昭 和・平 成 （○で囲む） |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日生 （　　　才） |
| 現住所 | 〒 |

２０１９年２月１日以前に、上記申込者は、フルハーネス型墜落制止用器具を用いて行う

業務に６ケ月以上従事していたことを証明します。

**令和　　　　年　　　　月　　　　日**

**住所　〒**

**事業者名**

**代表者名**

**㊞**

**一般社団法人日本クレーン協会 東北支部　　殿**