**令和５年度 樹木剪定研修会　申込書**

会社名：

担当者名：

電話番号：

受講票振込案内送信先

メールアドレス:

＜受講者＞

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　　年　　　　月　　　　日平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先（携帯） | 　　　 ―　　　　　　　― |
| 剪定作業従事年数 | １年～３年 （　　　）３年～５年 （　　　）それ以上　 （　　　） |
| フルハーネス特別教育 | 修了済　　 （　　　）未　修　　 （　　　） |
| 脚立の持参 | 可　能　　 （　　　）不　可　　 （　　　） |

※　不足の場合はコピーしてお使いください

　＜添付書類＞

**フルハーネス特別教育修了証（修了済みの方）**

 **スキャン、又はファックスで送信してください。**

【 FAX：03-3462-2805　mail：y.tanaka@tmla.or.jp 】