

平成30年度
6月

「職長・安全衛生責任者能力向上教育」実施要領

〒960-8061 福島市五月町4-25
建設業労働災害防止協会福島県支部
TEL (024) 522-2266
FAX (024) 522-4513
<http://kensaibou-fukushima.jp/>

建設業における労働災害防止を推進する上で、職長等及び安全衛生責任者の果たすべき役割はますます大きくなっていることから、厚生労働省より「建設業における職長等及び安全衛生責任者の能力向上教育に準じた教育について」（平成29年2月20日基発0220第3号）が発出され、当教育の詳細が定められました。

建設業においては、安全衛生責任者を職長が兼務する 경우가多く、現場の安全衛生管理のキーマンとして、職長及び安全衛生責任者としての職務を的確に遂行する必要があることから、「建設業に従事する職長等及び安全衛生責任者を対象とした能力向上教育に準じた教育（以下「職長・安全衛生責任者能力向上教育」という。）を実施いたします。

建設業に係る事業者は、職長等の職務に従事する者について、職長等の職務に従事することとなった後、概ね5年ごとに受講させることをお勧めします。

1. 講習日時・会場

平成30年6月21日(木)、受付午前8時15分、開始午前8時45分

郡山建設会館（郡山市台新1丁目33-5）

2. 受講対象者

職長等の職務に従事することとなった後、概ね5年経過した者。

※ 「職長教育」又は「職長・安全衛生責任者教育」修了証の写しを、予約申込み時に提出して下さい。

3. 講習科目・時間

職長等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）

4. 受 講 料

8,510円（受講料、テキスト代）

欠席の場合は受講料は返還いたしません。受講取消（受講料返還）は受講受付締切日まで応じますが、それ以降は原則として返還に応じられません。受講資格のある代わりの方を受講させることは可能です。変更があった場合は当協会にご連絡下さい。

5. 申込み受付期間・定員

平成30年5月9日(水)～6月8日(金)

申込み順で定員50名とします。定員になり次第締め切りますので、申込みの際には当協会に問い合わせの上お申込み下さい。なお、受講定員に満たない場合は講習会を中止することもあります。

6. 修 了 証

所定の全科目（時間）を受講した方には、「職長・安全衛生責任者能力向上教育修了証」を交付します。

7. 受講申込み方法・受講者への通知

(1) 受講申込み方法

受講希望者は下記順序にて、**申込み受付締切日までに手続きを完了**して下さい。
手続き未了の場合は受講できませんのでご注意願います。

（仮 予 約）電話で建設業労働災害防止協会福島県支部へ申し込んで下さい。

（予 約）申込書に記入し、F A X・郵送・又は持参にて提出して下さい。

また、「職長教育」又は「職長・安全衛生責任者教育」修了証の写し、及び受講料を現金書留で送金するか持参して下さい。

（申込み完了）**受講料の入金確認をもって申込み完了**となります。

(2) 受講申込み者への通知

受講申込み者（事業所で申込んだ場合は事業所）へは、**受講料の入金確認後に受講申請書用紙及び領収書を送ります**。申請書用紙の所定の欄に記入捺印及び写真（注）（ポラロイド・カラーコピーは不可）2枚をのりづけの上、講習当日会場受付に提出して下さい。（この申請書の氏名・生年月日等の各項目は、法律で記入することが定められています。誤りのないよう正確に記入して下さい。なお、記入していただいた内容は、この技能講習以外では一切使用いたしません。）

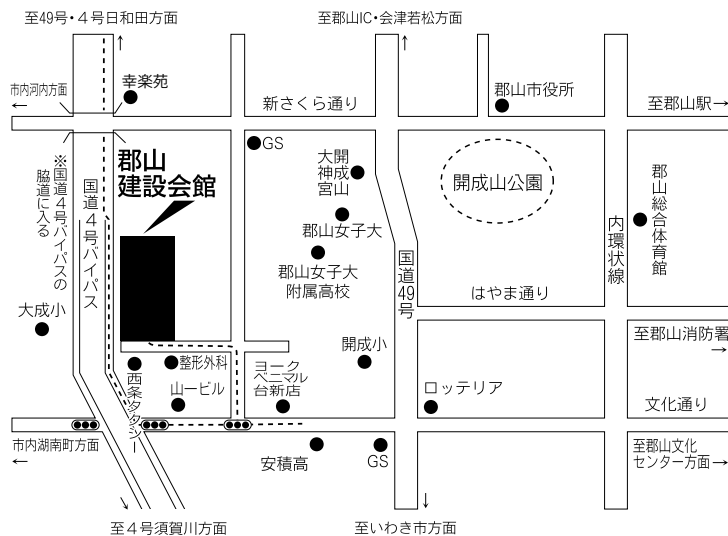
（注）写真裏面に受講番号、氏名を記入し、「のりづけ」の方法に十分に注意して下さい。

8. 注 意 事 項

- (1) 講習日の3日前になっても、当協会から受講申請書用紙が届かないときは、電話で問い合わせして下さい。
- (2) 受講定員に満たない場合は講習会を中止することもあります。
- (3) 遅刻、または受講中に離席された場合は、失格となり修了証は交付されません。
- (4) テキストは学科講習の際にお渡しします。午前8時40分までに着席願います。
- (5) 講習会場付近には食堂がないので、また講習終了時まで駐車場から車は出せませんので、出来るだけ昼食を持参して下さい。
- (6) 講習会場は駐車場に限りがあるので、相乗りか公共交通機関をご利用下さい。

会場案内図

郡山会場



※申込書はコピーしてお使い下さい。

切 り 取 り

職長能力

職長・安全衛生責任者能力向上教育申込書

6月(郡山)

氏 名	生年月日	※受付番号	氏 名	生年月日	※受付番号
	昭平			昭平	
	昭平			昭平	
所属事業所	名 称	事務担当者氏 名			
	所在地	〒() TEL () — FAX () —			

※印は記入しないで下さい。