

玉掛け技能講習 受講申込書

事務 処理 欄	受講者番号	修了証番号	確認者	実施管理者

申込講習 (数字を○で囲む)	1. 15時間講習【小型移動式クレーン・床上操作式運転技能講習】 【クレーン・デリック・揚貨装置・移動式クレーン運転士免許】 2. 18時間講習【クレーン・移動式クレーン・デリック・揚貨装置の特別教育修了後6ヵ月以上の経験者】 3. 19時間講習【上記以外の方(未経験者)】
-------------------	--

受講日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 歳
ふりがな				性別		
氏名						
旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望	有 ・ 無	併記を希望する氏名又は通称				
現住所	〒 TEL					
最終学歴(○で囲む)	中卒		高卒	短大卒	大卒	
勤務先	事業所名					
	所在地	〒 TEL 担当者名				
雇用保険加入の有無	有 無	受講期間中の賃金の有無		有 無		
雇用保険被保険者番号			受講料の負担方法	事業主負担 個人負担		
雇用保険適用事業所番号			労災保険特別加入の有無	有 無		

※個人で受講される方は太線まで記入して下さい。

事業者等証明

特別教育修了後の運転業務に従事した期間	年 月 日から 年 月 日まで通算 年 ヶ月
上記の業務経験について相違ないことを証明します。	
事業場等の名称 事業場等の所在地 証明者又は代表者名	印

標記講習会に申し込みます。

令和 年 月 日

職業訓練法人 東磐職業訓練協会 殿

受講者(本人自署)氏名

【注意】

- ご記入いただいた個人情報又は添付の書類の情報は、当協会の業務以外に使用することはありません。
- 一部免除希望者は、申込の際、その資格を有することを証明する書面(免許証、修了証等)と写しをご持参ください。
- 事業所派遣の場合は雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)の写しを提出してください。