

受講者番号	修了証番号

足場の組立て等作業主任者技能講習受講申込書

ふりがな		生年月日	昭和・平成	
氏名			年	月
本籍地	都・道・府・県(都道府県名のみ記入)		性別	男 女
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	

標記講習会に申し込みます。

平成 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】

- ①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。
- ②個人で受講される方は、太線枠内と受講者氏名(本人自署)を記入してください。
- ③事業所派遣の場合は雇用保険被保険者証(事業主通知用)の写しを提出してください。

※受講資格(番号に○をつけ、事業主等より下記証明をもらい、必要書類を添付のこと)

但し、事業主より虚偽の証明をしたことが後日判明した場合は、発行済の修了証は無効となりますので、念のため申し添えます。

1. 足場の組立て・解体・変更に関する作業に3年以上従事した経験を有する者
2. 大学・高等学校において土木・建築・造船に関する学科を専攻して卒業した者で、その後2年以上足場の組立て・解体・変更に関する作業に従事した経験を有する者(卒業証書の写し又は卒業証明書を添付)
3. その他厚生労働大臣が定める者(修了証書の写しを添付)

受講資格証明書

上記申請者は、昭和 年 月 日より 昭和 年 月 日

まで(年 ヶ月)足場の組立て・解体・変更に関する作業に従事したことを証明します。

平成 年 月 日

事業場名

証明者又は代表者名

㊞