

事務 処理 欄	受講者番号	修了証番号	確認者	実施管理者

小型移動式クレーン運転技能講習 受講申込書

申込講習 (数字を○で囲む)	1.	16時間講習
	2.	17時間講習
	3.	19時間講習
	4.	20時間講習

受講日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			生 年 月 日	S・H 年 月 日 (満 歳)	
ふりがな						
氏名				性別	男 女	
現住所	〒 TEL					
最終学歴	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。

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】

- 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。
- ③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。