

# 小型移動式クレーン運転技能講習

## 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. 16時間講習【玉掛け・床上操作式運転技能講習】【クレーン・デリック・揚貨装置運転士免許】 2. 17時間講習【建設施工技士2級2種又は6種】【車両系建設機械(基礎工用)運転技能講習】 3. 19時間講習【移動式クレーン又はクレーン特別教育修了後6か月以上の経験者】 4. 20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	昭和・平成 年 月 日
ふりがな					性別	男・女	生年月日		歳	
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 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	Ⓜ		

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。

受講票はメールにてお送りします。郵送を希望される方はご連絡ください。

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_