|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受講者番号 | 修了証番号 | 確認者 | 実施管理者 |
|  |  |  |  |

**玉掛け技能講習**

**受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 男・女 |
| 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　　　ケ月 |
| 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】

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。

**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：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＠**