

# 玉掛け技能講習

## 受講申込書

|               |       |       |     |       |
|---------------|-------|-------|-----|-------|
| 事務<br>処理<br>欄 | 受講者番号 | 修了証番号 | 確認者 | 実施管理者 |
|               |       |       |     |       |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 申込講習<br>(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】<br>【クレーン・デリック・揚貨装置・移動式クレーン運転士免許】<br>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】<br>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 |
| ふりがな                |                     | 性別            | 男・女         |
| 氏名                  |                     |               | 歳           |
| 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。