

受講者番号	修了証番号

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

ふりがな		生年月日	昭和・平成		
氏名			年	月	日
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		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。
- ④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。