

高所作業車運転技能講習

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. 12時間講習【小型移動式クレーン運転技能講習修了者・移動式クレーン運転士免許所持者】 ② 14時間講習【大型・中型・準中型・普通・大特（限定なし）運転免許所持者】 【車両系建設機械（整地等）・不整地運搬車・フォークリフト・ショベルローダー運転技能講習修了者】 3. 17時間講習【上記以外の方(未経験者)】
-------------------	---

受講日	<input type="checkbox"/> ③ 令和8年4月27日～令和8年4月28日 <input type="checkbox"/> ④ 令和8年9月29日～令和8年9月30日		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
ふりがな				
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。

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: _____ @ _____