

玉掛け技能講習 受講申込書

※受付番号	
-------	--

※印欄は記入しないでください。

受講希望日程	高知・須崎・四万十市	月 日 ~	月 日分
●実技講習希望日のある方はご記入ください(同一日に希望者多数の場合は希望に添えない事もあります)			月 日
受講区分 (該当の記号に○印)	A (B、C以外の方)	B (補助業務等経験者)	C (免許等取得者)
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
現住所	〒 _____ TEL _____		

←案内書をご参照ください

写真貼付欄
3.0^{センチ}×2.4^{センチ}

事業場名	〒 _____		
事業場所在地	連絡担当者名		
	TEL		
	FAX		
備考	※	修了証番号	
		交付年月日	

年 月 日

一般社団法人 高知県労働基準協会連合会 殿

- ◆**写真1枚**を貼付してください。(申込前6か月以内に撮影した上三分身、脱帽、背景無地、写真裏面に氏名記入)
- ◆受講申込書に基づき修了証を発行させていただきますので、正確にご記入くださいますようお願いいたします。
電話番号は、**9:00~17:00**に連絡可能な番号をご記入ください。
- ◆複数受講される場合は、コピーしてお使いください。(用紙サイズ、様式変更不可)
- ◆ご記入いただいた個人情報につきましては、当連合会が責任を持って管理し、本講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。

C	免許証、修了証の写し(表・裏)を本申込書裏面に貼付してください。(下記のうちいずれか該当するもの) (免許証) ・クレーン・デリック運転士 ・移動式クレーン運転士 ・揚貨装置運転士 (修了証) ・床上操作式クレーン運転技能講習 ・小型移動式クレーン運転技能講習
B	該当の実務経験の番号を○で囲んでください。 1 クレーン、移動式クレーン、デリックもしくは揚貨装置でつり上げ荷重もしくは制限荷重が1トン以上のものの、玉掛けの補助作業の業務又は制限荷重が1トン未満の揚貨装置の玉掛けの業務に6か月以上従事 2 つり上げ荷重が1トン未満のクレーン、移動式クレーン又はデリックの玉掛けの業務に6か月以上従事
従事経験期間	従事した期間 年 月 ~ 年 月 まで 年 月 日 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
証明欄	上記の業務に従事したことに相違ありません。 本人氏名(自筆) 上記の記載内容については、相違ないことを証明します。 年 月 日 事業場所在地 事業場名称 事業者職名・氏名 (職名) (氏名)