|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

小型移動式クレーン運転技能講習　受講申込書

※印欄は記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望日程 | | 高 知 ・ 須 崎 ・ 四万十市 ・ 安 芸 | | 月 | |
| ●実技講習希望日のある方はご記入下さい（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  （全科目（科目免除なし）） | Ｃ  （免許等取得者） | | ←案内書を  　ご参照下さい |
| ふ 　り 　が 　な |  | | | | 写真貼付欄  3.０㌢×2.４㌢ |
| 氏　 　　　名 |  | | | |
| 生　年　月　日 | 年 　　月　　　日生  昭 和  平 成 | | | |
| 現 住 所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　℡ | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　業　場　名 |  | | |
| 事業場所在地 | 〒 | 連　　　絡  担当者名 |  |
| T E L |  |
| F A X |  |
| 備　　　　　　考 |  | | |

年　　　　月　　　　日

申込者氏名

一般社団法人高知県労働基準協会連合会　殿

◆**写真１枚**を貼付して下さい。（申込前６ヶ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、正確にご記入下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下さい。

◆複数受講される場合は、コピーしてお使い下さい。（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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 修了証番号 |  | 交付年月日 |  |

＜留 意 事 項＞

●Ｃコース（免許等取得者）

申込書に下記免許証または修了証の写し（表裏）を、事業者の原本証明（下記記載例

参照）を受けて裏面に貼付して下さい。

☆免許証

・クレーン・デリック運転士

・揚貨装置運転士

☆技能講習修了証

・玉掛け

・床上操作式クレーン運転

＜　原本証明記載例　＞

|  |
| --- |
| 原本と相違ないことを証明する。  ○○年○○月○○日  事業場所在地  事業場名称  事業者職氏名　　　　　　　　　　　　　　職印 |

＜申込・問合せ先＞

一般社団法人高知県労働基準協会連合会

〒780-0821　高知市桜井町2-6-31　コーポNOR1階

TEL 088-861-5566　FAX 088-861-5567