

小型移動式クレーン運転技能講習 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. 16 時間講習【玉掛け・床上操作式運転技能講習】【クレーン・デリック・揚貨装置運転士免許】 2. 17 時間講習【建設施工技士 2 級 2 種又は 6 種】【車両系建設機械(基礎工事用)運転技能講習】 3. 19 時間講習【移動式クレーン又はクレーン特別教育修了後 6 か月以上の経験者】 ④. 20 時間講習【上記以外の方(未経験者)】
-------------------	---

受講日	令和 7 年 9 月 8 日～令和 7 年 9 月 10 日				生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 歳
ふりがな			性別	男・女		
氏名						
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 ケ月
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	

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: _____ @ _____