

用紙サイズ
A4使用

※記入の際は、ボールペンをご使用下さい。
本申込書を FAX で送付願います。
本申込書の原本は、写真を添えて当日提出して下さい。

FAX送信先 029-353-7915

※ 受付番号

玉掛け技能講習受講申込書

写 真
1枚をのりづけ
縦3.0cm×横2.4cm
申請前6ヶ月以内に
撮影した上三分身
正面脱帽のもの。
(裏面に氏名を記入)

受講年月日	令和 年 月 日～ 年 月 日				
ふりがな					
氏 名			生年月日	S H R	年 月 日 (満 歳)
旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無	有 無	併記を希望する氏名又は通称			
住 所	〒□□□-□□□□ 注) 共同住宅の場合は、建物名・部屋番号を記入して下さい。				
	TEL	-	-	(携帯)	- - -
補助作業経験年数の事業主証明欄(必ず記入) ※事業主本人が自分を証明しているものは無効となります。(元請の代表者組合に加入している場合は組合長)	当該補助作業経験年数期間	1.	年 月 ※18歳になってから補助作業(6ヶ月以上必要)	2.	作業経験期間
	S 年 月～H 年 月 H 年 月 日 R 年 月 日				
	上記の者は、1または2に該当する玉掛け補助業務等に従事していたことを証明します。 (↓該当する番号に○を付けてください) 1. 玉掛け技能講習修了者(氏名記入) 氏の直接指揮下で、 つり上げ荷重1トン以上の玉掛けの補助作業に6ヶ月以上従事しました。 2. 玉掛け特別教育修了後、つり上げ荷重1トン未満の玉掛け業務に6ヶ月以上従事しました。				
	所 属 事業場	〒□□□-□□□□ 所在地 事業所名			
	TEL	-	-	FAX	- - -
上記の玉掛け補助作業経験年数について相違ないことを証明します。 代表者 役職名 氏名 ㊞ ※必ず代表印を押して下さい。					

上記のとおり記載事項を証明し、表記講習を申し込みます。

(株)安全衛生推進会 茨城教育センター 殿

申請日	令和 年 月 日	申請者 (受講者本人)	
FAX		※	実施管理者 受付担当者
担当者 職氏名			

注意

- 注1) 受講対象者の年齢は満18歳以上とします。
- 注2) 黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。
- 注3) 上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。
- 注4) 写真1枚(上3分身無帽 縦3.0cm×横2.4cm)を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。
- 注5) **本受講申込書を記入のうえ、FAX送信して下さい。本申込書の原本は、写真を添えて当日提出して下さい。**
- 注6) **遅刻をされますと受講できませんのでご注意ください。(時間厳守)**
- 注7) 本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。
- 注8) **納付後の受講料は、お返しできません。日程をよく調整した上でお申し込み下さい。**

※不足の場合、A4サイズにコピー(感熱紙不可)してお使い下さい。