クレーン運転業務従事者安全衛生(能力向上)教育受講申込 （ＦＡＸ申込み可）

（ふりがな） 氏　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生	※修了証番号	
				※受講番号	
現住所	〒(郵便番号)　　－　　〔正しく、ハッキリとご記入下さい。〕 都　道 府　県				
	個人で受講を申し込まれる方は連絡先電話番号　（　　）　　－				

資格	免　許（ｸﾚｰﾝ･ﾃﾞﾘｯｸ運転士等）(注)		技能講習(床上操作式クレーン運転等)及び特別教育 (注)	
	交付者名	労働局長	交付者名	
	免許証番号	第　　号	修了証番号	第　　号
	交付年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	交付年月日	昭・平・令　　年　　月　　日

（注）資格を証明する修了証等の両面コピーを添付して下さい。

所属事業場証明欄	上記の受講者は当社の従業員であることを証明する。 〒(郵便番号)　　－　　〔正しく、ハッキリとご記入下さい。〕 所在地 事業場名　　印 ㈠社)日本クレーン協会三重支部会員の有無　会員□　非会員□	連絡担当部課名・担当者名 電話番号 （　　）　　－

受講費用の納入予定	※			
月　　日		会　員	9,000円	入金
		非会員	11,000円	

（※印欄は記入しないで下さい。）

＊ ご記入いただいた個人情報は、当支部が責任をもって管理し本講習に関する事務目的以外には使用致しません。

一般社団法人 日本クレーン協会三重支部長　殿