


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						旧姓等の併記の希望 及び旧姓等		
							希望あり <input type="checkbox"/> ※希望の場合はレ点を付けてください。 旧姓等		
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・デリック運転士等) (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	労働基準局長			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	年	月	日	交付年月日	昭・平	年	月

(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 証 明 業 欄 場	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						連絡担当部課名・担当者名	
							電話番号 () —	
	(-社)日本クレーン協会三重支部会員の有無 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/>							

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