

クレーン運転業務従事者に対する

安全衛生教育講習会受講申込書

回数		講習初日		※受講番号	写真貼付 30mm×24mm ・裏面に氏名を明記してください。 ・修了証に使用しますので、鮮明なものにして下さい。	
第	回	月	日			
フリガナ	氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女
現住所	〒 —					
	電話番号	—	—	FAX	—	—
勤務先 <small>会員事業所の方は、登録どおりに記入をお願いします</small>	所在地	〒 —				
	事業所名	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員				
	電話番号	—	—	連絡担当者		
	FAX	—	—			
講習会費について	振込予定日:	月	日	※振込日がわかる場合はご記入ください		
	振込名:	※予約名と異なる場合はご記入ください				
	請求書:	<input type="checkbox"/> 希望する (※ No.)		<input type="checkbox"/> 希望しない		
受講資格確認(所有資格に✓をして、資格証の写しを提出して下さい)						
<input type="checkbox"/> クレーン運転士 <input type="checkbox"/> クレーン・デリック運転士 <input type="checkbox"/> 床上操作式クレーン運転技能講習						
助成金受給希望確認(受給を希望する場合は✓をして下さい)						
<input type="checkbox"/> 建設労働者確保育成助成金(中小建設事業者対象)						

一般社団法人 日本クレーン協会東海支部長 殿

〈記入の際の注意事項等〉

- ※の欄は記入不要です
- 欄にはチェックをして下さい
- FAXでの申し込みは出来ません
- 申込手続きの締め切りは講習開始2週間前です
- 講習開始6日前以降は、会費の払い戻しは出来ません
- 個人情報保護法対応：ご記入いただきました個人情報につきましては、当支部が責任を持って管理し、本講習の目的以外には使用いたしません

※受付日	※受付場所	※受付者	※備考