

| | | |
|----|-----|-----|
| 会員 | 非会員 | No. |
|----|-----|-----|

※記入しないこと

『クレーン等の運転業務特別教育』申込書

令和 年 月 日

職業訓練法人一関職業訓練協会長 様

標記講習会を受講したいので申し込みます。

| | |
|------|----------------------------|
| 訓練期間 | 令和5年7月20日（木）～ 令和5年7月21日（金） |
|------|----------------------------|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-----|--|------------------|-------|---|---------|-------|--|--|--|---|---|--|
| ふりがな | | | | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | | | | | | | | | |
| 氏 名 | (男・女) | | | | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | | | | |
| 本人住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| | TEL | () | | 本 籍 地 | | | 都・道・府・県 | | | | | | | |
| 勤 務 先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| | TEL | () | | 担当者名 | | | | | | | | | | |
| | FAX | () | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険加入の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険被保険者番号 | | | | | — | | | | | | | — | | |
| 雇用保険適用事業所番号 | | | | | — | | | | | | | | — | |
| 受講中の賃金の支払い | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | |
| 受講料の負担 | 事業主負担 ・ 個人負担 | | | | | | | | | | | | | |
| 労災特別加入の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | |

※申請前6ヶ月以内に撮影した上三分身無背景正面脱帽の写真1枚(30mm×24mm、裏面に氏名を記入)を添えて提出すること。

※雇用保険加入者の方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)の写しを併せて提出して下さい。