

()作業主任者技能講習申込書

受付
番号

受講日等	年 月 日より [会場]		
フリガナ 氏 名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	電 話		
旧姓併記	<input type="checkbox"/> 希望する 旧姓()	F A X	
住 所	〒		
当該業務に関する作業経験 及び 事業主証明	自 年 月 ～ 至 年 月 経験期間 年 月 日 上記のとおり実務経験を有することに相違ないことを証明します。 事 業 場 名 _____ 代 表 者 職 ・ 氏 名 _____ (印) ※個人事業主の場合・・・経験を証明出来る方2名以上の署名捺印が必要です		
受講資格に必要な学歴 <small>上記の経験が2年以上 3年未満の方のみ</small>	科卒業	講習の一部免除 希望の有無	有 ・ 無
申 込 事 業 所 名	所在地	〒	
	事業所名		
	電 話	建 災 防 会 員 , 非 会 員 別	
	F A X	(会 員)	(非 会 員)

年 月 日

建設業労働災害防止協会長崎県支部 殿

【注意事項】

1. 受講資格については、免許証または修了証等の写しなど必要な書類を添付して下さい。
2. 本人確認のため、氏名・生年月日を公的に証明する書面(運転免許証等)のコピーを添付して下さい。
3. ご記入いただいた個人情報は、この講習以外には一切使用いたしません。
4. FAX番号は、受講票を送信しますので、必ず、お書き下さい。(修正液等は使用しないで下さい)

写真1枚
3.0cm×2.4cm
6ヶ月以内

※印の欄は記入しないで下さい。

※ 修了証 No.	第	号	※ 交付日	年 月 日	※ 資格確認	確認者	点検者	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証
-----------------	---	---	----------	-------	-----------	-----	-----	--