

# 小型移動式クレーン運転技能講習受講申込書

写 真  
横 縦  
25mm×29mm

※受付第 号

ふりがな				生 年 月 日
氏 名				昭和 平成 年 月 日
現住所				電話
本籍地	(都道府県のみ記入のこと)			
勤務先	名 称			電話
	所在地			
受 講 区 分	全 科 目	一 部 免 除		
		学科 10時間	学科 10時間	学科 13時間
		実技 6時間	実技 7時間	実技 6時間
事業主 証 明	上記の者の ( ) の業務経験について相違ないことを証明します。 自 年 月 ー 至 年 月 (経験年数 年 月)  事業所名  代表者職氏名 <span style="float:right">印</span>			

- (注) 1.一部免除を希望する受講者は、その資格を有することを証明する書面(免許証・修了証のコピー等)を添付すること。  
 2.写真は(横2.5cm×縦2.9cm)2枚を裏面に氏名を記入のうえ添付すること。  
 3.※欄には記入しないこと。

平成 年 月 日

(社)北見地域職業訓練センター運営協会 様

受講者氏名 印

ご記入いただきました個人情報につきましては、当センターが責任をもって管理し、本講習の目的以外には使用いたしません。

◇過去に修了した講習(当センター実施の講習に限る)修了証の統合について (有料)

希望する

希望しない

(○印を記入ください)