|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **玉掛け技能講習受講申込書** | 写真２枚準備し、１枚をのりづけ縦３.０cm×横２.４cm申請前６ヶ月以内に撮影した上三分身正面脱帽のもの。（裏面に氏名を記入） |
| 受講年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| ふりがな |  | 生年月日 | ＳＨ 年　　　月　　　日生Ｒ （満　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無 | 有　無 | 併記を希望する氏名又は通称 |  |
| 住所 | 〒　 　 　－　 　 　 　　　注）共同住宅の場合は、建物名・部屋番号を記入して下さい。 |
| ＴＥＬ　　　　　－　　　　－ | （携帯）　　　　　－　　　　－ |
| 補助作業経験年数の事業主証明欄（必ず記入）※事業主本人が自分を証明しているものは無効となります。（元請の代表者組合に加入している場合は組合長） | 当該補助作業経験年数期間 | １. | 　　年　　ヶ月※１８歳になってから補助作業（６ヶ月以上必要） | ２. | 作業経験期間 | Ｓ　　　　　　　ＳＨ　　年　　月～Ｈ　　年　　月Ｒ　　　　　　　Ｒ |
| 上記の者は、１または２に該当する玉掛け補助業務等に従事していたことを証明します。（↓該当する番号に○を付けてください）１．玉掛け技能講習修了者（氏名記入）　　　　　　　　　　氏の直接指揮下で、つり上げ荷重１トン以上の玉掛けの補助作業に６ヶ月以上従事しました。２．玉掛け特別教育修了後、つり上げ荷重１トン未満の玉掛け業務に６ヶ月以上従事しました。 |
| 所属事業場 | 〒　 　 　－　 　 　 　　所在地事業所名 |
| ＴＥＬ　　　　　－　　　　－ | ＦＡＸ　　　　　－　　　　－ |
| 上記の玉掛け補助作業経験年数について相違ないことを証明します。代表者　役職名　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞　※必ず代表印を押してください。 |

上記のとおり記載事項を証明し、表記講習を申し込みます。

(株)安全衛生推進会　茨城教育センター　殿

記載事項に虚偽等があった場合、法律に基づく処罰があっても異議申し立ては致しません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　年　　月　　　日 |  | 申請者(受講者本人) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 実施管理者 | 受付担当者 |
|  |  |  |

注意

注１）受講対象者の年齢は満１８歳以上とします。

注２）黒色のボールペン又はインクペンで、略さず、楷書で記入して下さい。※印欄は記入しないで下さい。

注３）上記記入事項に虚偽の申請があった場合は、修了証を交付できないことがあります。

注４）写真１枚（上３分身無帽　縦３.０ｃｍ×横２.４ｃｍ）を添付して下さい。裏面に氏名を記載して下さい。

**注５）遅刻をされますと受講できませんのでご注意下さい。（時間厳守）**

注６）本申込書にご記入いただいた個人情報は、講習を実施するために使用するものであり、受講者の同意なしに目的以外に使用することはありません。

**注７）納付後の受講料は、お返しできません。日程をよく調整した上でお申し込み下さい。**