

受付番号

ふりがな 氏名		生年月日		昭 幸 年 月 日	
住所		〒 - TEL () -			
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名称	
雇用年月日		年 月 日		最終学歴	
所 属	勤務先				
	所在地	TEL () -		会員・会員外別 (どちらかに○を付けて下さい) 会 員 会 員 外	
事業場労災保険 成立番号					
事業場雇用保険 事業所番号					
雇用保険 被保険者番号					
経験年数		年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月) <small>※21歳以上かつ実務経験3年以上 ※平成29年7月1日以降の期間の実務経験は足場の組立て等特別教育受講後の期間のみしか認められません。 申込の際に「足場の組立て等特別教育」を受講した証明書等の添付をお願いします。</small>			
講習の一部免除 希望の有無		有 ・ 無		備考 技能講習の一部の免除を受けようとする者は、その資格を有することを証する書面を添付すること。	
事業主の証明		上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">(印)</div>			
登録教習機関 職業訓練法人 中紀技能訓練協会 殿		令和 年 月 日 申込者 (印)			

※下欄には記入しないこと

試験成績表						合否別	修了証番号	号	
専門	一般	作業環境	教育	法令	計	合・否	交付年月日		
点	点	点	点	点	点		令和 年 月 日		
受講年月日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)							
受講者 写真添付欄		写 真		記 事 欄		受 講 料			
						教 材 費			
						会 員 外 費			
						合 計			