

受付番号

ふりがな 氏名		生年月日		昭 平	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)					
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してください。	
事業主の証明		上記のとおり相違ないことを証明します。  ㊞					
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 ㊞					

※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		<table border="1"> <tr> <td>受講料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>教材費</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会員外費</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> </tr> </table>			受講料		教材費		会員外費		合 計	
受講料																
教材費																
会員外費																
合 計																