

※受付番号	
-------	--

小型移動式クレーン運転技能講習 受講申込書

※印欄は記入しないで下さい。

受講希望日程	高 知 ・ 須 崎 ・ 四万十市 ・ 安 芸	月		
●実技講習希望日のある方はご記入下さい(同一日に希望者多数の場合は希望に添えない事もあります)		月 日		
ふりがな	写真貼付欄 <small>3.0^{センチ}×2.4^{センチ}</small>			
氏 名				
生 年 月 日			昭和 平成	年 月 日生
現 住 所	〒 _____ Tel _____			

事業場名			
事業場所在地	〒 _____	連絡 担当者名	
		TEL	
		FAX	
備 考			

平成 年 月 日

申込者氏名 _____

一般社団法人高知県労働基準協会連合会 殿

- ◆**写真1枚**を貼付して下さい。(申込前6ヶ月以内に撮影した上三分身、脱帽、背景無地、写真裏面に氏名記入)
- ◆受講申込書に基づき修了証を発行させていただきますので、正確にご記入下さいますようお願いいたします。電話番号は、**9:00~17:00**に連絡可能な番号をご記入下さい。
- ◆複数受講される場合は、コピーしてお使い下さい。(用紙サイズ、様式変更不可)
- ◆ご記入いただいた個人情報につきましては、当連合会が責任を持って管理し、本講習の的確な実施のためにのみ利用させていただきます。

※	修了証番号	交付年月日
---	-------	-------