

高所作業車運転技能講習 受講申込書

〒514-0102 三重県津市栗真町屋町 1220-2 日本労働者安全衛生推進教育会一般財団法人

Tel.050-66880-6568

FAX.050-6863-6004

写真 30mm×24mm 正面、無帽 上三分身、無背景 裏面に氏名を記入	受講番号				実施管理者
	受講	開始日			
	修了証	交付番号			

※太枠内を黒のボールペンでご記入下さい。

受講者	お名前	ふりがな		性別	生年月日		年齢	
				男・女	昭和 年 月 日 平成		才	
	現住所	〒 — 都・道府・県				連絡先	携帯	— —
		勤務先等		会社名 or 学校名	所在地			

☆氏名・本籍地等確認のため、自動車運転免許又は住民票（本籍記載のもの）の写し、又はパスポートの写しを添付して下さい。☆

				受講資格について			
ご希望のコースを○で囲ん	A コース	3 日	1 7	特になし			
	B コース	2 日	1 4	つぎのいずれかに該当する方 <ul style="list-style-type: none"> ● 建設機械施工管理技士合格者 ● 普通、準中型、中型、大型、大型特殊免許所有者 ● 車両系建設機械（整地等）（解体用）（基礎工事用）、不整地運搬車、フォークリフト、ショベルローダ等のいずれかの運転技能講習修了者。 			
	C コース	2 日	1 2	つぎのいずれかに該当する方 <ul style="list-style-type: none"> ● 移動式クレーン運転士免許所有者。 ● 小型移動式クレーン運転技能講習修了者 			

事業者の証明欄（B コースもしくは C コースの②に該当する方のみ必要）

特別教育修了日	S・H 年 月 日 修了		業務経験時、使用した 1 t 未満の機種	
	(教育詳細は別紙実施証明書が必要です)		メーカー名	
業務経験等	S・H 年 月～S・H 年 月まで		機種名	
	高所作業車(3 t 未満)の業務に従事しました。 (年 ケ月間)		最大荷重	
			所有者	

上記の業務経験及び記載事項に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業者住所

事業所名

代表者氏名

上記の特定自主検査記録表の写しが必要

受付記入欄		担当者	
受付日	/	講習初日	/
講習料金	領収日	領収額	
	/	円	
備考			

お急ぎの場合は、FAX.050-6863-6004 に送信後、Tel.090-3938-7570 もしくは Tel.050-66880-6568 へご連絡下さい