

クレーン運転業務(5ト未満)特別教育講習申込書 (月分)

1	氏 名		生 年 月 日		※協会使用
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認
			平成	年 月 日	
	住所	〒 緊急時TEL			
2	氏 名		生 年 月 日		※協会使用
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認
			平成	年 月 日	
	住所	〒 緊急時TEL			
3	氏 名		生 年 月 日		※協会使用
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認
			平成	年 月 日	
	住所	〒 緊急時TEL			
4	氏 名		生 年 月 日		※協会使用
	(フリガナ)		昭和	年 月 日	確認
			平成	年 月 日	
	住所	〒 緊急時TEL			

※玉掛け技能講習の修了証の写しを添えて、お申し込みください。(9月開催分玉掛け無しは除く)

年 月 日

事業場名

お申し込み者 所在地 〒

住所

(御連絡先) T E L

F A X

連絡者名

※協会使用

〒400-0212

受講料	現金	振込	受付確認
入金日	月	日	
写真	有	無	

南アルプス市下今諏訪610-9

公益社団法人 ボイラ・クレーン安全協会 甲信事務所

TEL:055-287-9511 FAX:055-287-9512

ご記入いただいた「受講者」の個人情報は、責任を持って管理し、本講習の目的以外には使用いたしません

※定員に達する場合がありますので、予め電話にてご予約をお勧めいたします