

**クレーン5t未満の運転業務に係る特別教育  
受講申込書**

受講日			* 受講番号	
(ふりがな)				
氏名				
生年月日		S H 年 月 日 (満 才)		
現住所				
勤務先	名称			緊急連絡先
	所在地	〒		TEL
				FAX
				担当者
				年 月 日
一般社団法人白井工業団地協議会 代表理 様				
事業者 責任者氏名				印

※身分確認のため住所がわかる免許証の写し(住所変更者は裏面)又は、健康保険証の写し(住所有)を添付してください。外国の方は、身分のわかる証明書を添付してください。  
この用紙のコピーも可

**TEL 047-491-0224      FAX 047-491-0222**