

特別教育・安全衛生教育 受講申込書

受付番号	No.	
受付年月日	202	年 月 日
実施管理者 確認印		

◎次の講習一覧から、受講される講習をひとつ選んで☑してください。

特別教育	<input type="checkbox"/> 小型車両系建設機械（整地等用）運転★ <input type="checkbox"/> フルハーネス型墜落制止用器具★ <input type="checkbox"/> 締固め用機械（ローラー）★	<input type="checkbox"/> 足場の組立て等★ <input type="checkbox"/> 自由研削といしの取替え等★ <input type="checkbox"/> チェーンソー取扱い
安全衛生教育	<input type="checkbox"/> 丸のこ等取扱作業従事者 <input type="checkbox"/> 足場の組立て等作業主任者能力向上教育 ※ ※足場の組立て等作業主任者技能講習修了証（写）又は 前回の足場の組立て等作業主任者能力向上教育修了証（写）を添付してください。	<input type="checkbox"/> 振動工具取扱作業者 <input checked="" type="checkbox"/> 刈払機取扱作業者

受講日	令和 6 年 4 月 6 日	助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない ★マークのある講習が助成金の対象です。
-----	----------------	---------------------	--

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ			生 年 月 日
氏 名			昭和 年 月 日 (満 歳) 平成
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
フリガナ			
現住所	〒 —	TEL(携帯可)	()
フリガナ			勤務先TEL ()
勤務先名			勤務先FAX () e-mail
フリガナ			
勤務先 所在地	〒 —		
受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール

お客様各位 当社は個人情報を次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書内容及び受講資格等の確認
- ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
- ・講習案内の送付及びアンケートの実施
- ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応

※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合は
お申し出ください。

修了年月日	2024 年 4 月 6 日
修了証番号	第 号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240412		

修了証受領署名 (フルネーム)

特別教育・安全衛生教育 受講申込書

受付番号	No.
受付年月日	202 年 月 日
実施管理者 確認印	

◎次の講習一覧から、受講される講習をひとつ選んで☑してください。

特別教育	<input type="checkbox"/> 小型車両系建設機械（整地等用）運転★ <input checked="" type="checkbox"/> フルハーネス型墜落制止用器具★ <input type="checkbox"/> 締固め用機械（ローラー）★	<input type="checkbox"/> 足場の組立て等★ <input type="checkbox"/> 自由研削といしの取替え等★ <input type="checkbox"/> チェーンソー取扱い
安全衛生教育	<input type="checkbox"/> 丸のこ等取扱作業従事者 <input type="checkbox"/> 足場の組立て等作業主任者能力向上教育 ※ ※足場の組立て等作業主任者技能講習修了証（写）又は 前回の足場の組立て等作業主任者能力向上教育修了証（写）を添付してください。	<input type="checkbox"/> 振動工具取扱作業者 <input type="checkbox"/> 刈払機取扱作業者

受講日	令和 6 年 4 月 10 日	助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない ★マークのある講習が助成金の対象です。
-----	-----------------	---------------------	--

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
フリガナ			
現住所	〒 —	TEL(携帯可)	()
フリガナ		勤務先TEL	()
勤務先名		勤務先FAX	()
		e-mail	
フリガナ			
勤務先 所在地	〒 —		
受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール

お客様各位 当社は個人情報を次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書内容及び受講資格等の確認
- ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
- ・講習案内の送付及びアンケートの実施
- ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応

※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合は
お申し出ください。

修了年月日	2024 年 4 月 10 日
修了証番号	第 号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240410		

修了証受領署名（フルネーム）

特別教育・安全衛生教育 受講申込書

受付番号	No.	
受付年月日	202	年 月 日
実施管理者 確認印		

◎次の講習一覧から、受講される講習をひとつ選んで☑してください。

特別教育	<input type="checkbox"/> 小型車両系建設機械（整地等用）運転★ <input type="checkbox"/> フルハーネス型墜落制止用器具★ <input type="checkbox"/> 締固め用機械（ローラー）★	<input checked="" type="checkbox"/> 足場の組立て等★ <input type="checkbox"/> 自由研削といしの取替え等★ <input type="checkbox"/> チェーンソー取扱い
安全衛生教育	<input type="checkbox"/> 丸のこ等取扱作業従事者 <input type="checkbox"/> 足場の組立て等作業主任者能力向上教育 ※ ※足場の組立て等作業主任者技能講習修了証（写）又は 前回の足場の組立て等作業主任者能力向上教育修了証（写）を添付してください。	<input type="checkbox"/> 振動工具取扱作業者 <input type="checkbox"/> 刈払機取扱作業者

受講日	令和 6 年 4 月 16 日	助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない ★マークのある講習が助成金の対象です。
-----	-----------------	---------------------	--

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ			生 年 月 日
氏 名			昭和 年 月 日 (満 歳) 平成
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
フリガナ			
現住所	〒 —	TEL(携帯可)	()
フリガナ			勤務先TEL ()
勤務先名			勤務先FAX () e-mail
フリガナ			
勤務先 所在地	〒 —		
受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール

お客様各位 当社は個人情報を次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書内容及び受講資格等の確認
- ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
- ・講習案内の送付及びアンケートの実施
- ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応

※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合は
お申し出ください。

修了年月日	2024 年 4 月 16 日
修了証番号	第 号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240408		

修了証受領署名 (フルネーム)

玉掛け技能講習 受講申込書

受付番号	No.
受付年月日	202 年 月 日
実施管理者 確認印	

受講日	令和 6 年 4 月 18 日から	受講コース	時間コース
-----	-------------------	-------	-------

助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない	CPDS申請	いずれか○をつけてください 申請する / 申請しない
---------------------	-------------------------------	--------	-------------------------------

上半身写真1枚
3cm×2.5cm
・正面・無帽
・無背景
・裏面に氏名記入
の上、のり付け

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ	生 年 月 日		
氏 名	昭和 年 月 日 (満 歳) 平成		
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
フリガナ			
現 住 所	〒 ー TEL(携帯可) ()		
フリガナ	勤務先TEL ()	勤務先FAX ()	e-mail
勤務先名			
フリガナ			
勤 務 先 所 在 地	〒 ー		
受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール

< 保有資格 > ※受講するコースによっては記入の必要はありません。

◎ 受講するコースに必要な運転免許又は技能講習、特別教育に☑をし、その全面コピーを申込書に添付してください。

<input type="checkbox"/> 移動式クレーン運転士免許	<input type="checkbox"/> 小型移動式クレーン運転技能講習
<input type="checkbox"/> クレーン・デリック運転士免許	<input type="checkbox"/> 床上操作式クレーン運転技能講習
<input type="checkbox"/> 揚貨装置運転士免許	<input type="checkbox"/> 玉掛け特別教育

< 事業主証明 > ※「玉掛け特別教育」に☑をした方のみご記入ください。

◎ 下記の各項目に記入のうえ、「社印」・「代表者印」を押印して作業経験について証明をしてください。

玉掛け特別教育修了年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ※修了証のコピーを添付してください。
玉掛けに使用したクレーンの種類 (つり上げ能力1t未満)	<input type="checkbox"/> クレーン <input type="checkbox"/> デリック <input type="checkbox"/> 揚貨装置
特別教育修了後の玉掛けの作業経験期間	昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月)
上記のとおり相違ないことを証明します。	
証明年月日 令和 年 月 日	
事業所名称	社 代表者印
事業所所在地	印
代表者名	

お客様各位 当社は個人情報をお客様の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書の内容及び受講資格等の確認
 - ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
 - ・講習案内の送付及びアンケートの実施
 - ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応
- ※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合はお申し出ください。

修了年月日	2024 年 4 月 2 日
修了証番号	第 号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240407		

修了証受領署名 (フルネーム)

小型移動式クレーン運転技能講習 受講申込書

受付番号	No.
受付年月日	202 年 月 日
実施管理者 確認印	

受講日	令和 6 年 4 月 24 日から	受講コース	時間コース
-----	-------------------	-------	-------

助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない	CPDS申請	いずれか○をつけてください 申請する / 申請しない
---------------------	-------------------------------	--------	-------------------------------

上半身写真1枚
3cm×2.5cm
・正面・無帽
・無背景
・裏面に氏名記入
の上、のり付け

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ	生 年 月 日		
氏 名	昭和 年 月 日 (満 歳) 平成		
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
フリガナ			
現住所	〒 — TEL(携帯可) ()		
フリガナ	勤務先TEL ()		
勤務先名	勤務先FAX () e-mail		
フリガナ			
勤務先 所在地	〒 —		
受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール

< 保有資格 > ※受講するコースによっては記入の必要はありません。

◎ 受講するコースに必要な「運転免許」又は「技能講習」に☑をし、その全面コピーを申込書に添付してください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> クレーン・デリック運転士免許 | <input type="checkbox"/> 玉掛け技能講習 |
| <input type="checkbox"/> 揚貨装置運転士免許 | <input type="checkbox"/> 床上操作式クレーン運転技能講習 |

お客様各位 当社は個人情報を次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書内容及び受講資格等の確認
- ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
- ・講習案内の送付及びアンケートの実施
- ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応

※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合はお申し出ください。

修了年月日	2024 年 4 月 日
修了証番号	第 号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240404		

修了証受領署名 (フルネーム)

車両系建設機械運転技能講習
(整地・運搬・積込み用及び掘削用)
受講申込書

受付番号	No.
受付年月日	202 年 月 日
実施管理者 確認印	

受講日	令和 6 年 5 月 7 日から	受講コース	時間コース
-----	------------------	-------	-------

上半身写真1枚
3cm×2.5cm
・正面・無帽
・無背景
・裏面に氏名記入
の上、のり付け

助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない	CPDS申請	いずれか○をつけてください 申請する / 申請しない
---------------------	-------------------------------	--------	-------------------------------

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		昭和 年 月 日 (満 歳) 平成

旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称
----------------------------	----------------------	-------------------

フリガナ		TEL(携帯可) ()
現住所	〒 —	

フリガナ		勤務先TEL ()
勤務先名		勤務先FAX () e-mail

フリガナ		勤務先所在地
勤務先所在地	〒 —	

受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール
-------------	--	------	---------------------------------------

< 保有資格 > ※受講するコースによっては記入の必要はありません。

◎ 受講するコースに必要な「運転免許」又は「技能講習」に☑をし、その全面コピーを申込書に添付してください。

<input type="checkbox"/> 大型特殊自動車運転免許	<input type="checkbox"/> 普通自動車免許
<input type="checkbox"/> 大型自動車免許	<input type="checkbox"/> 不整地運搬車技能講習
<input type="checkbox"/> 中型自動車免許	<input type="checkbox"/> ()

< 事業主証明 > ※受講するコースによっては記入の必要はありません。

◎ 受講するコースに必要な特別教育の種類に☑をし、特別教育修了年月日、特別教育修了後の
運転業務従事経験期間を記入のうえ、「社印」・「代表者印」を押印して作業経験について証明をしてください。

特別教育	<input type="checkbox"/> 不整地運搬車 (1t未満)	<input type="checkbox"/> 小型車両系建設機械 (3t未満)
特別教育修了年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※修了証のコピーを添付してください。
特別教育修了後の運転業務従事経験	昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月)	

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明年月日	令和 年 月 日	社 印	代表者印
事業所名称			
事業所所在地			
代表者名			

お客様各位 当社は個人情報を次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書内容及び受講資格等の確認
 - ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
 - ・講習案内の送付及びアンケートの実施
 - ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応
- ※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合は
お申し出ください。

修了年月日	2024 年 5 月 14 日
修了証番号	第 号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240505		

修了証受領署名 (フルネーム)

車両系建設機械運転技能講習
(解体用)
受講申込書

受付番号	No.	
受付年月日	202 年 月 日	
実施管理者 確認印		

受講日	令和 6 年 5 月 15 日から	受講コース	5 時間コース
-----	-------------------	-------	---------

上半身写真1枚
3cm×2.5cm
・正面・無帽
・無背景
・裏面に氏名記入
の上、のり付け

助成金利用 (建設業法人様向け)	いずれか○をつけてください 利用する / 利用しない	CPDS申請	いずれか○をつけてください 申請する / 申請しない
---------------------	-------------------------------	--------	-------------------------------

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			生 年 月 日
氏 名			昭和 年 月 日 (満 歳) 平成
旧姓を使用した氏名又は 通称の併記の希望の有無	いずれか○をつけてください 有 無	併記を希望する 氏名又は通称	
フリガナ			
現 住 所	〒 —	TEL (携帯可)	()
フリガナ			勤務先TEL ()
勤務先名			勤務先FAX () e-mail
フリガナ			
勤 務 先 所 在 地	〒 —		
受講案内 送付先	いずれかの番号に○をつけてください ① 受講者本人 ② 勤務先(担当:)	送付方法	いずれかの番号に○をつけてください ① 郵送 ② FAX ③ メール

< 保有資格 > ※下記の資格が無い方は受講出来ません。

- 車両系建設機械（整地・運搬・積込み用及び掘削用）運転技能講習
・をし、修了証の全面コピーを申込書に添付してください。

お客様各位 当社は個人情報をお次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書の内容及び受講資格等の確認
- ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
- ・講習案内の送付及びアンケートの実施
- ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応

※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合はお申し出ください。

修了年月日	2024 年 5 月 15 日	
修了証番号	第	号

領収年月日	領収書番号	実施管理者印	副実施管理者印
202 年 月 日	240506		

修了証受領署名 (フルネーム)