

研修所受講申込書

令和 4年 月 日

指定管理者

(公財) 森林ネットおおいた理事長 殿

郵便番号 _____

住 所
(フリガナ)

氏 名

電話番号

大分県林業研修所で実施する小型移動式クレーン運転技能講習（指定管理研修）【日程 4月6日～4月8日】を下記のとおり受講したいので申し込みます。

記

林業就業状況	(個人 ・ 雇用)	会社名 (雇用の場合)	
生 年 月 日	年 月 日	生 満 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
最 終 学 歴	年 月 (学校名)		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 修了
資格取得のための 免除科目 ※証明書添付のこと			健康 状 況
従事した経験年数 ※事業主の証明書添付 のこと	はい付け、はいくづし作業		林 業 従 事 年 数
	玉掛の補助作業等の業務経験		
	地山掘削の作業又は土止め支保工の切りばり又は腹おこしの 取り付けまたは取りはずしに関する作業の従事経験		
宿泊予定期間	宿 泊 希 望 日	4 月 日	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食
		月 日	
		月 日	
		月 日	
	合 計	泊	
※ 食事は業者配達不可のため各自でお願いします。			
連 絡 先	郵便番号	_____	
	勤 務 先		
	住 所		
	電 話 番 号	担当者名	
所 属 事 業 体 ※受講は林業関係の 従事者に限られます	<input type="checkbox"/> 認定林業事業体	(事業体名 _____)	
	<input type="checkbox"/> その他の林業事業体	(事業体名 _____)	
	<input type="checkbox"/> 林業一人親方 <input type="checkbox"/> 林家		
交付決定通知の送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先あて	<input type="checkbox"/> 研修生本人あて
領収書/請求書の有無・あて先		<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 勤務先あて <input type="checkbox"/> 研修生本人あて
同一事業体から複数申し込む場合の優先順位		番目 (_____ 人中)	

※ 受講申込書に記載されました氏名・生年月日等の個人情報につきましては、公益財団法人森林ネットおおいたが責任を持って管理し、他の目的では使用いたしません。