

▶ 技能士コース・専門研修用 受講申込書A ◀

(三田建設技能研修センター)職業訓練法人近畿建設技能研修協会長様

令和 年 月 日

下記のとおり受講申込みをします。

※受講希望の講習、研修の口欄に✓を入れ、受講希望の日程を記入して下さい。1枚につき1講習の申込みになります。

技能士コース通信⇒(鉄筋 型枠 とび 配管)⇒[受講資格証明書]が必要です。
技能検定実技試験受験前講習⇒(鉄筋施工図 鉄筋組立て) ※とびは、別の指定申込書あり。
建設業入職者長期研修⇒(建築コース 土木コース)
若手技術者実務研修⇒(建築技術コース 土木技術コース) [7月から受付開始 (WEB申込みのみ)]
リカレント研修⇒(総合コース 2日間コース(前半) 2日間コース(後半)) 測量技能研修 施工計画研修
土木積算研修⇒テキスト購入 する (全て) 一部する しない
土木施工管理技術検定試験 受験準備講習⇒テキスト購入 する (全て) 一部する しない
 (1級 第1次 第2次 / 2級 第1次・第2次 第1次 第2次)
2級建設業経理士 受験準備講習
2級建設機械施工技術検定試験 受験準備講習⇒ 2種 (ショベル系)

受講希望日 年 月 日～ 年 月 日

(フリガナ) 受講者名 <small>(本名を正しく記入)</small>	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)	性別	男・女
---	------	---------------------	----	-----

★1 住所 〒

TEL () - FAX () -

携帯番号 () - メールアドレス

雇用保険 被保険者である ●雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写)を添付してください。
 ⇒被保険者番号()
被保険者でない

最終学歴 中卒 高卒 高専卒 短大卒 大卒 その他 修業学科名

入社年月日 年 月 日 担当業務

(フリガナ) 事業所名 (フリガナ) 代表者名	雇用保険 事業所番号	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="text"/> <input type="text"/> 雇用保険料率 <input type="text"/> / 1000 <input type="checkbox"/> 加入していない
所在地 〒	資本金	万円

事業所 (一社)兵庫県建設業協会 (一社)滋賀県建設業協会 (一社)京都府建設業協会
 (一社)大阪建設業協会 (一社)奈良県建設業協会 (一社)和歌山県建設業協会
 兵庫県建設産業団体連合会 会員でない

電話番号 () - 事業所全体の常用労働者数 人

FAX番号 () - 建設業許可番号 大臣 特 第 号
知事 般

申込み担当者のお名前 建設業の主な業種

反社会的勢力に該当しません。

- ★1技能士関係以外の講習希望の方で事業所から派遣される場合、★1太枠内の記入は必要ありません。但し太枠外と事業所欄はご記入ください。
- ★先着順で受付し、定員になり次第受付終了します。★技能士コース受講希望の方は、[受講資格証明書]を添付してください。
- ★雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写)を添付して下さい。
- ★講習日前に当センターから受講決定通知書(受講票兼請求書)をお送りいたします。
 受講決定通知書は「事業所」欄に記載がある場合は事業所宛に、記載のない場合は受講者宛にお送りします。

▶ 技能士コース 受講資格証明書 ◀ (鉄筋施工・型枠施工・とび・配管)

下記のとおり相違ありません。

事業所名

受講者氏名
(自筆)

代表者名

印

受講者が事業所の代表者本人である場合は、他の企業団体代表者等の証明を受けて下さい。(必ず捺印して下さい。)

技能士コース受講用				
最終卒業学校名		修業学科名	卒業年月	年 月
2級技能士資格 (取得者のみ)	検定職種名	合格年月日	技能士番号	
受講職種に 関する職歴	勤務先事業所名	事業所所在地	受講職種の実務経験年数(在職期間)	
			年 月 ~ 年 月(年 ヶ月)	
			年 月 ~ 年 月(年 ヶ月)	
			年 月 ~ 年 月(年 ヶ月)	
			年 月 ~ 年 月(年 ヶ月)	
			年 月 ~ 年 月(年 ヶ月)	
	実務経験合計			年 ヶ月

▶ 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写)貼付欄 ◀

〈サンプル〉

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書

確認(受理)通知年月日

雇用保険被保険者資格取得に基づき、下記のとおり確認(通知)します。

被保険者番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	事業所番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	管轄区分 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	資格取得年月日 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
被保険者氏名 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> (1男) <input type="checkbox"/> (2女)	生年月日(元号一年月日) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (2大正 3昭和) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (4平成)	取得時被保険者種類 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (1又は0 一 般) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (4又は5 高 年 齢) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (2又は3 短 期)
事業所名略称 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	転勤の年月日 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		