

研修所受講申込書

令和 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 ー

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走行集材機械の運転の業務特別教育（指定管理研修）【日程 4月3日～4月4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 <input type="checkbox"/> その他
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 年	玉掛の補助作業等の業務経験 月	林 業 従 事 年 数 年
宿泊予定期間	宿 泊 希 望 日	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
	4 月 日	月 日	
	月 日	月 日	
	月 日	月 日	
	合計 泊	月 日	
※ 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 ー	勤 務 先	住 所
			電話番号 担当者名
所 属 事 業 体	<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		
※受講は林業関係の 従事者に限られます			
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。