

研修所受講申込書

令和 7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（自主事業研修）【日程 1月6日～1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	<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	林業従事年数	年			
	玉掛けの補助作業等の業務経験		月					
	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		年					
宿泊予定期間 希望日	1月	日	み※ の宿 提泊 食事 ま供利 用と 者な りの	1月	日	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 夕食	
	月	日		月	日	<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 夕食
	月	日		月	日	<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 夕食
	月	日		月	日	<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 夕食
	合計	泊		月	日	<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	
※ 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	<input type="checkbox"/> 認定林業事業体 (事業体名)
※受講は林業関係の従事者に限られます	<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。