

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令和8年度伐木技能向上研修【日程 8月3日～8月21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	平成 年 月 日	生 満 歳	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
最 終 学 歴	平成 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			良		
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	宿 泊 希 望 日	月 日	8 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
		月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 夕食
	合計	泊	月 日	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	ー				
	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 checked="" 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。