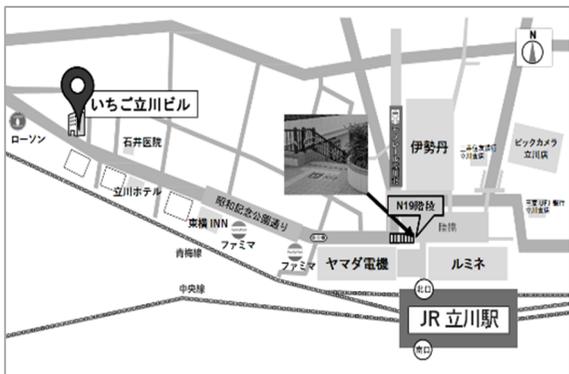


申込先:(公社)東基連 立川労働基準協会支部 TEL042-512-5311
 〒190-0012 東京都立川市曙町1丁目21-1いちご立川ビル2階
 FAX:042-512-5311 メール kyokai@tachikawa-roukikyo.or.jp

| | | | |
|--|---------------------------|-------------|---|
| 令和7年度 プレス機械作業主任者技能講習 受講申込書 | | 受講番号 ※当方使用欄 | |
| ふりがな 氏名 | S・H 年 月 日生 (満 歳)※受講日初日 | | |
| ※反社会組織構成ではない方はチェックを <input type="checkbox"/> | | | |
| 旧姓・通称併記の希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 併記を希望する氏名または通称() | | | |
| 自宅住所 | 〒 - TEL - - | | |
| 所属事業場名 | | | |
| 所属事業場 所在地 | 〒 TEL - - FAX - - | | |
| 連絡先窓口 | 所属 | 氏名 | 電話 |
| 振込情報 | 振込日 月 日 | 金額 円 | 振込名義 <input type="checkbox"/> 会社名 <input type="checkbox"/> 個人名 |

※受講申込書の記載内容はこの講習会以外に使用するものではありません。

アクセス JR 立川駅北口昭和記念公園通りに出て徒歩約 7 分



| | |
|-------|--------|
| ※テキスト | 未・済・不要 |
| ※写真 | 未・済 |
| ※受講票 | 未・済 |
| ※入金 | 未・済 |

プレス機械作業主任者技能講習受講資格証明書

| | | | |
|----|----------|----------|-------|
| 住所 | 〒 | | |
| 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |

受講資格要件に該当する項目に☑を入れてください。

- 1. プレス機械による作業に5年以上従事した経験を有する者
- 2. 職業能力開発促進法(旧職業訓練法を含む)に定めるプレスに係る各種 訓練を修了し、その後プレス機械による作業に4年以上従事した経験を 有する。(その他厚生労働大臣が定める者。プレス機械作業主任者技能 講習規程を参照。その他厚生労働大臣が定める者)

上記の者は 自 年 月 日 至 年 月 日 に従事し、
労働安全衛生規則別表第6に該当することを証明します。

年 月 日

事業場所在地

◎は以下のいずれか必要です

- 職印
- 社印及び個人印
- 社印及び署名

事業場名称

(職名) (氏名)

事業者職名・氏名

(職名) (氏名)

担当者職名・氏名

電話

*「事業者職名・氏名」は各事業場の代表者(社長・支店長・工場長など)をご記入ください。

*「担当者職名・氏名」及び電話番号は、この証明についての問合せに回答できる方をご記入ください。

*記載事項不備のものは受理いたしません。

<備考> 労働安全衛生規則別表第6(受講資格)

1. プレス機械による作業に5年以上従事した経験を有する者
2. その他厚生労働大臣が定める者

*2に該当する方は、この受講資格証明書に卒業証明書(原本)を添えてご郵送ください。卒業証明書が用意できない場合は代わりに卒業証書のコピー(裏面に代表者が原本証明したものを)添付してください。

事業者職名・氏名、◎について(記載例)

| | | |
|---|---|--|
| ●職印(社長・支店長等の職を表す印) 事業者名称 株式会社安全衛生江戸川支店 (職名) (氏名) | ●社印及び個人印 事業者名称 株式会社安全衛生江戸川支店 (職名) (氏名) | ●社印及び署名(社長・支店長等の自筆) 事業者名称 株式会社安全衛生江戸川支店 (職名) (氏名) |
| 事業者職名 ・氏名 支店長東基 連太郎 | 事業者職名 ・氏名 支店長東基 連太郎 | 事業者職名 ・氏名 支店長 東基 連太郎 |

個人情報、本講習の的確な実施のために利用させて頂くほか、他の研修会や当連合会の行事等のご案内をお送りさせて頂く場合がございます。