（申込書１枚目）　　申込日　：　西暦　　年　　月　　日

テ ク リ ス【業務】

技術者実績確認書発行申請書

一般財団法人日本建設情報総合センター　御中

発行手数料が発生する旨を了承した上、以下のとおり技術者実績確認書発行を申し込みます。

【１】技術者情報

「技術者実績確認書」(成果品)と「最終確認書 注1)」はメールでの送付になります。

※太枠内は**必ずご記入ください**。　空欄の場合は申し込みを差し戻しいたします。

注１）「最終確認書」は、「技術者実績確認書」の発行の前に申込者へ「利用件数」と「利用料金」を通知する様式です
注２） 技術者ご本人の印を必ず押印してください。（認印でも可）
注３） 技術者ご本人と連絡が取れる電話番号（携帯番号も含む）をご記入ください。
注４） メールアドレスをお持ちでない場合は、コリンズ・テクリスセンターまでお問い合わせください。

注２）

フリガナ			印
技術者名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日		
住所	〒　　－		
電話番号 **注３）**	－　　－	FAX番号	－　　－
企業名			
部署名			
担当者名			
メールアドレス **注４）**	@ **≪記入例≫** **例①）　Ⓐｂｃｄ　@** **↑大文字** **※例①のようにアドレスに大文字がある場合は、引き出し線で「大文字」とご記入ください。** **例②）ｓ－ｚ２ｌ１_ｉ@ｊａｃｉｃ．ｏｒ．ｊｐ** **※例②のように識別しにくい文字もありますので、下記の「メールアドレス（フリガナ）」をご記入ください。**		
メールアドレス（フリガナ）	@ **※アルファベットや記号の読みを、１文字ごとにご記入ください。** **※スペースに１行で記入ができない場合は、２行書きでご記入ください。** **例）エスハイフンゼット２エル１アンダバーアイ @ ジェイエーシーアイシードットオーアールドットジェイピー**		

（申込書２枚目）

【２】出力形式　※ご希望の出力方式「ａ」「ｂ」のいずれかを「○」印で囲んでください。

a	一覧形式のみ	b	一覧形式＋詳細形式
	（一律料金1,572円）		（手数料1,048円＋実績1件毎524円）

【３】登録種別

※ご希望の登録種別「１」～「４」のいずれかを「○」印で囲んでください。
※履行期間の終了日の指定がある場合は、期間もご記入ください。

1	**すべての完了実績および履行中実績** ※完了登録済の実績と完了登録をしていない契約登録・変更登録の実績が対象です。
2	**すべての完了実績** ※完了登録済の実績が対象です。
3	**すべての履行中実績** ※完了登録をしていない契約登録・変更登録の実績が対象です。

履行期間の終了年月で指定される場合は、上記「１」～「３」のいずれかを選択のうえ、以下をご記入ください。

西暦	年	月	～	年	月	

4	**登録番号指定** ※登録番号による個別指定。別紙（申込書3枚目）「登録番号指定票」にご記入ください。

【４】役割指定

※役割を指定して発行される場合は、1～6のいずれかを「○」印で囲んでください。（複数選択可）
※すべての役割を希望される場合は未選択で構いません。

1	管理（主任）技術者	4	現場代理人
2	照査技術者	5	業務従事者（補償）
3	担当技術者	6	作業班長

«必要添付書類»

申込技術者本人であることの確認ができる以下のいずれかの書類（氏名・生年月日記載）の写しを添付してください。

- 健康保険証※1
- 運転免許証
- 運転経歴証明書
- 個人番号カード（マイナンバーカード）個人番号の通知カードは不可　※2
- パスポート（身分事項欄（写真付きのページ））
- 在留カード
- 特別永住者証明書

※1　健康保険証で申請を行う場合は、「被保険者等記号・番号」、「保険者番号」、「二次元バーコード」（記載がある場合）の部分を、マスキング（見えないように塗りつぶし）してください。
詳細は、『各種申請で「健康保険被保険者証の写し」を提出いただく際の注意点』をご参照ください。
※2　個人番号カード（マイナンバーカード）で申請の場合、裏面（個人番号表記）の写しがあるものは受領できません。
必ず表面の写しのみ提出してください。

※「登録番号指定」の場合は、別紙（申込書3枚目）「登録番号指定票」にご記入ください。

別紙（申込書３枚目）

【登録番号指定票】※登録番号指定票が足りない場合は、コピーをしてご利用ください。

※「登録番号」が不明の場合は、正確な「件名」「契約工期の(開始年月日・終了年月日)」をご記入ください。

No	登録番号	件名	
1			
		履行期間の開始年月日	履行期間の終了年月日
		西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
2			
		履行期間の開始年月日	履行期間の終了年月日
		西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
3			
		履行期間の開始年月日	履行期間の終了年月日
		西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
4			
		履行期間の開始年月日	履行期間の終了年月日
		西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
5			
		履行期間の開始年月日	履行期間の終了年月日
		西暦　年　月　日	西暦　年　月　日

各種申請で「健康保険被保険者証の写し」を提出いただく際の注意点

～　マスキング（見えないように塗りつぶす）のお願い　～

2020年10月1日より「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が施行され、プライバシー保護の観点から、健康保険被保険者証に記載されている被保険者等記号・番号等を、健康保険事業遂行等の目的以外で告知を求める事が禁止されました。

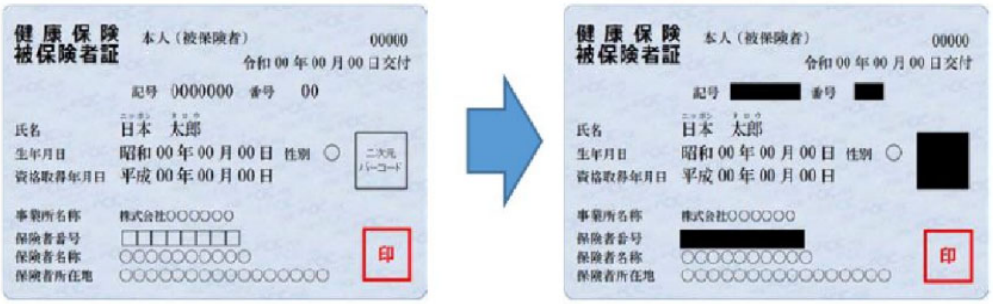
コリンズ・テクリスの各種申請で「健康保険被保険者証の写し」を提出していただく際には、「被保険者等記号・番号」、「保険者番号」、「二次元バーコード」（記載がある場合）の部分を、マスキング（見えないように塗りつぶし）していただくよう、お願いいたします。

◆　マスキングが必要な項目

- 被保険者等記号・番号
- 保険者番号
- 二次元バーコード（記載がある場合）

◆　健康保険被保険者証のマスキングのイメージ

該当項目をマスキング



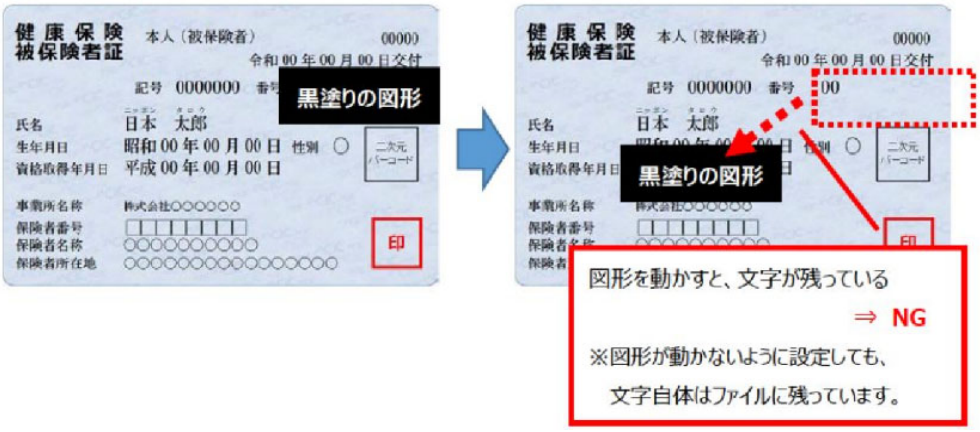
◆　マスキングの仕方の例

① マスキングする項目を付箋やテープなどで隠す
② 健康保険被保険者証をコピーし、マスキングする項目を黒いペンなどで塗りつぶす
③ 健康保険被保険者証を画像で取り込み、画像編集ソフト（ペイントなど）を使ってマスキングする

《ご注意いただくこと》

- マスキングが必要な項目以外には、マスキングをしないでください。確認に必要な項目がマスキングされている場合は、再提出をお願いすることがあります。
- 「健康保険被保険者証の写し」の提出方法に変更はありません。マスキングのために画像で取り込んだ場合でも、メールで提出する場合にはPDFファイルに変換してください。
- PDFファイルでマスキングを行うことも可能ですが、その際はマスキングする前の情報が残らないようにご注意下さい。（以下を参照）

PDFファイルでマスキングを行う場合、文字の上に図形などを置いて隠すだけではマスキングする前の情報が残ってしまいます。



一部のPDFソフトでは「墨消し」機能を使うことで、マスキングした箇所の情報を削除することが可能です。詳しいやり方は、PDFソフトの「ヘルプ」等でご確認ください。