

受講希望年月日	平成 年 月 日 講習開始
---------	---------------

2.4 cm
3.0cm
(クリップ止め)
写真
(1枚) 真

フォークリフト運転技能講習 受講申込書
修了証台帳

ふりがな		性別		修了証 番号	※
氏名	㊦	男 女			
生年月日	S・H 年 月 日	交付年月日		※	年 月 日
現住所	〒				
連絡先	☎自宅 携帯				
勤務先 (個人受講は 記入不要)	所在地	〒			受講申込担当者
	名称				TEL
自動車 運転 免許 証 の 種 類	・自動車運転免許なし ・大型特殊 (カタピラ限定なし) ・大型 ・中型 ・準中型 ・普通 ・大型特殊 (カタピラ限定付) (該当を○で囲む)	必ず自動車の運転免許証のコピーを添付して下さい。			
フォークリフト運転の経験 (特別教育修了者のみ記入)	年 月から 年 月まで				
事業者の証明	事業所の名称 事業者の氏名 ㊦				

申込年月日 年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 熊本県支部長 殿

(注) ・※印以外は申込者において全部記載すること。
・写真はクリップ止めにして、のり付けはしないこと。写真裏面に氏名を明記すること。

ご記入いただいた個人情報は、受講者への連絡のほか、技能講習の実施、修了証の交付のために利用いたします。