

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

2.4 cm  
3.0cm  
写 真  
(1枚)  
(クリップ止め)

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	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。