

FAX : 096-369-1194

フォークリフト運転業務従事者安全教育講習 受講申込書

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 熊本県支部 殿

令和7年5月8日開催のフォークリフト運転業務従事者安全教育講習の受講を申し込みます。

申込年月日 年 月 日

事業所の名称： _____
事業所住所： _____
申込担当者： _____
連絡先TEL：( _____ ) _____

番号	ふりがな 受講者氏名	性別	生年月日	フォークリフト 修了証番号	備考
1	_____	男 ・ 女	昭和 年 月 日生 平成		※
2	_____	男 ・ 女	昭和 年 月 日生 平成		※
3	_____	男 ・ 女	昭和 年 月 日生 平成		※
4	_____	男 ・ 女	昭和 年 月 日生 平成		※
5	_____	男 ・ 女	昭和 年 月 日生 平成		※

(注) ※印以外は全部ご記入ください。修了証が発行できませんので、記入漏れ・間違いの無いようお願いします。

※フォークリフト講習修了証の写しを添付してください。

※当日、体調不良の方は、受講をお断りする場合がございます。

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