

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10月2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	性別	生年月日	フォークリフト 修了証番号	備考
	受講者氏名				
1		男	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		※
		女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		
2		男	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		※
		女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		
3		男	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		※
		女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		
4		男	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		※
		女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		
5		男	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		※
		女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		

(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。