

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

<p>事業所の名称 : _____ 〒 _____ 事業所住所 : _____</p> <p>申込担当者 : _____</p> <p>連絡先 T E L : () - _____</p>					
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。