

写真添付
2.5 x 3.0
胸から上
3か月以内撮

フォークリフト運転技能講習 受講申込書

ふりがな			※受付番号（記入不要）
氏名	男 女		
修了証に旧姓又は通称の併記の希望の有無（いずれかを○で囲む） 有 / 無			
併記を希望する旧姓又は通称			
生年月日	昭・平 年 月 日生		
住所	〒（ ）—（ ） 市 郡		
	個人申込者 TEL（ ） FAX（ ）		
勤務先	所在地	〒（ ）—（ ） 市 郡	
	名称	TEL（ ） FAX（ ）	
自動車運転免許証写 貼付欄 裏面に変更箇所がある方は併せて コピーを添付して下さい		◎学科受講希望会場（希望地に○）	
		長野（ 月 日 ） 上田（ 月 日 ） 松本（ 月 日 ） 佐久（ 月 日 ） 諏訪（ 月 日 ） 飯田（ 月 日 ） ◎実技日（ 日 日 日 ）	
フォークリフト特別教育受講証明書（特別教育受講済の方は記入願います。）			
上記の者は、 年 月 日（ ）に於いて、労働安全衛生法第59条第3項に基づくフォークリフトの特別教育を修了し、その後フォークリフト運転の業務に3ヶ月以上（ 年 月 ～ 年 月 ）の経験を有する者であることを証明します。			
平成 年 月 日 代表者名 ④			
（注）特別教育修了証又は特別教育実施記録の写しを添付すること。 業務経験に使用した1t未満のフォークリフトの特定自主検査記録表を確認させていただく場合がございます。			
領収書をご希望の方は右欄「要」に○印をし、希望の日付、宛名の記入をお願いします。受付時にお渡しします。	・領収書 要	・日付 ・宛名	

◎受講票等はFAXで送信しますので、FAXがある場合は番号を記入してください。

- ★ ご記入いただいた個人情報、本講習開催における本人確認、修了証の交付のみに使用いたします。
- ★ 旧姓又は通称の併記の希望の有無を○で囲むこと。併記を希望する氏名又は通称を記入すること。尚、希望される場合は戸籍謄本・住民票・運転免許証等で確認させていただきます。

--	--	--