

写真添付
2.5 × 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 |
| 氏名 | (印) | 男 女 | |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 | | |
| 住所 | 〒 () — () 市 郡 アパート・マンション名 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 長野 (月 日) 上田 (月 日) 佐久 (月 日) 松本 (月 日) 諏訪 (月 日) 飯田 (月 日) ◎実技日 (日 日 日) | |
| 証 明 書 (Bコース受講者) | | | |
| 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。 令和 年 月 日 事業所名 代表者名 (印) | | | |
| (注) 特別教育修了証又は特別教育実施記録の写しを添付願います。 | | | |

◎開催通知はFAXのある方はFAXで送信しますので番号を記入してください。

★ 本申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、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。

〒381-8556 長野市南長池 710-3
陸上貨物運送事業労働災害防止協会
長野県支部長 殿

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|