

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

--	--	--