

写真添付
2.5 × 3.0
胸から上
3か月以内撮影

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 | 一般社団法人 中野労働基準協会 | |
| 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し 貼付欄 | | ◎学科受講希望会場(希望地に○) | |
| 裏面に変更箇所がある方は併せて コピーを添付してください。 | | 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 | |
| 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か月以上 (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 <div style="text-align: right;">代表者名 (印)</div> | | | |
| <small>(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フォークリフトの特定自主検査記録表の写しを添付すること。</small> | | | |
| 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。 受付時にお渡します。 | ・領収書 要 | ・日付 要 | ・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、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。

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