

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 ()		
	〒() — () 市 郡		
勤 務 先	所在地	TEL () FAX ()	
	名称		
自動車運転免許証写し 貼付欄 裏面に変更箇所がある方は併せて コピーを添付してください。		◎学科受講希望会場 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)	
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 代表者名 ⑩ (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。			

◎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。

★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。
★旧姓又は通称の併記の希望の有無を○で囲むこと。併記を希望する場合には、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。

〒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