

「フォークリフト運転業務従事者安全衛生教育講習」受講申込書

修了証台帳

|       |                 |                            |                           |
|-------|-----------------|----------------------------|---------------------------|
| 受講日   | 年 月 日           |                            |                           |
| ふりがな  |                 | 性別                         | フォークリフト運転技能講習修了証<br>交付年月日 |
| 氏名    |                 | 男・女                        | 昭和<br>平成 年 月 日            |
| 生年月日  | 昭和<br>平成 年 月 日  | /                          |                           |
| 現住所   | 〒 - TEL ( - - ) |                            |                           |
| 勤務先   | 所在地             | 〒 -                        |                           |
|       | 名称              | TEL ( - - )<br>FAX ( - - ) |                           |
| 交付年月日 |                 |                            |                           |
| 修了証番号 |                 |                            |                           |

※太枠内を申込者において全部記載すること。

※当申込書に記載された受講者の情報（個人情報）は講習業務以外には使用しません。

陸上貨物運送事業労働災害防止協会栃木県支部  
FAX 028-658-6929