

テールゲートリフター特別教育申込書

受講希望日	年 月 日		
希望会場			
ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	
現住所	〒 _____ TEL (_____)		
勤務先	所在地	〒 _____	
	会社名	担当者名 TEL (_____) FAX (_____)	
陸災防栃木県支部の 会員・非会員の別		会員 ・ 非会員	
経 験 (注3)		証 明 (注3)	
荷を積み卸す作業を伴うテールゲートリフターの 操作に従事した経験 年 月 から 年 月まで (通算… 年 カ月)		事業所の名称	
		事業者の氏名	
		印	

(注)

- 1) ※印の欄は記入しないでください。
- 2) ご記入いただいた個人情報、受講者への連絡のほか、講習の実施、修了証の交付のために利用いたします。
- 3) 経験年数及び事業者証明欄は出張講習で免除を希望する場合のみ記載して下さい。
出張講習以外は未記入でも問題ありません。
- 4) 科目免除関係に虚偽の申請が認められた場合、修了証を取り消すことがあります。