

受付番号・・・NO _____

「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 交 付 年 月 日
氏 名		男・女	昭 和 平 成 年 月 日
生年月日	昭 和 平 成 年 月 日		
現住所	〒 — TEL (— —)		
勤務先	所在地	〒 —	
	名 称	TEL (— —) FAX (— —)	
受講料金のお支払い方法	当日 ・ 銀行振込		
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