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 |
|  |  | 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　　　　　　年　　　月　　　日 平 成 |
|  | 昭　和年　　　　月　　　　日平　成 |  |
| 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**