

※ 受付番号 No. _____

フォークリフト運転技能講習 受講申込書

受講希望地		学科受講日	月 日	実技希望日	月 日～ 月 日	
受講コース (該当欄に○を記入)	Aコース (35時間)	Bコース (31時間)	Cコース (15時間)	Dコース (11時間)	写 真 全面貼付 コピー紙印刷不可 撮影3ヶ月以内 正面、上三分身 無背景、脱帽 たて35mm よこ 25mm	
フリガナ						性別
氏 名						男
生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日		女
現 住 所	(〒 -) TEL(- -)					
勤務先 [申込者が勤務先である場合記入]	住 所	(〒 -)				
	名 称	TEL(- -)		FAX(- -)		
備 考						
所持する 運転免許証	普通	自動車運転免許証の写しを貼付して下さい				
	準中型					
中型						
大型						
	大型特殊(カタピラ限定なし)					
	大型特殊(カタピラ限定付)					
所持する 修了証	はい	作業主任者技能講習	ある	なし		
		ショベルローダー等運転技能講習	ある	なし		
		安全衛生推進者養成講習	ある	なし		

所持する運転免許証及び修了証の該当欄に○を記入して下さい。

陸運労災防止協会 福島県支部 (福島県トラック協会)	会 員	
	非会員	

年 月 日

受講者氏名 (自 署) ㊞

会員及び非会員の該当欄に○を記入して下さい。

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において全部記載して下さい。当該様式の書式は変更しないで下さい。
 2. 受講者氏名は受講者本人名を自筆記入押印して下さい。氏名及び住所等は楷書ではっきり書いて下さい。
 3. 申込者が勤務先の場合、「受講票」「修了証」は原則的に勤務先に送付いたします。
 4. ご記入いただいた個人情報は、技能講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

※ 受付番号 No. _____

シヨベルローダー等運転技能講習 受講申込書

受講 コース	Bコース (31時間)	受講 希望地		学 科 希望日	月 日	実 技 希望日	月 日～ 月 日
-----------	----------------	-----------	--	------------	-----	------------	----------

フリガナ				性 別	写 真 全 面 貼 付 コピー紙印刷不可 撮影3ヶ月以内 正面、上三分身 無背景、脱帽 たて35mm よこ 25mm
氏 名				男 女	
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日			
現 住 所		(〒 -)		TEL(- -)	
勤務先 [申込者が勤 務先である 場合記入]	住 所		(〒 -)		
	名 称		TEL(- -) FAX(- -)		
備 考					
所持する 運 転 免 許 証		普 通 準 中 型 中 型 大 型 大型特殊(カタピラ限定なし) 大型特殊(カタピラ限定付)	自動車運転免許証の写しを貼付して下さい		
所持する 修 了 証		フォークリフト運転技能講習 はい作業主任者技能講習 安全衛生推進者養成講習		ある ある ある	なし なし なし

所持する運転免許証及び修了証の該当欄に○を記入して下さい。

陸運労災防止協会 福島県支部 (福島県トラック協会)	会 員	
	非会員	

会員及び非会員の該当欄に○を記入して下さい。

年 月 日

受講者氏名 (自 署) ㊟

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において全部記載して下さい。当該様式の書式は変更しないで下さい。
 2. 受講者氏名は受講者本人名を自筆記入押印して下さい。氏名及び住所等は楷書ではっきり書いて下さい。
 3. 申込者が勤務先の場合、「受講票」「修了証」は原則的に勤務先に送付いたします。
 4. ご記入いただいた個人情報は、技能講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

はい作業主任者技能講習 受講申込書

受講希望地		受講希望日	月 日～	月 日
-------	--	-------	------	-----

フリガナ				性別	写真 全面貼付 コピー紙印刷不可 撮影3ヶ月以内 正面、上三分身 無背景、脱帽 たて35mm よこ 25mm
氏名				男 女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日		
現住所	(〒 -)			TEL(- -)	
勤務先 [申込者が勤務先である場合記入]	住所	(〒 -)			
	名称	TEL(- -)		FAX(- -)	
備考					
経 験			証 明		
はい付け又ははいくずしの作業に従事した経験 年 月から 年 月まで <small>(受講資格: 従事経験3年以上)</small>			事業場名		
			代表者名 (役職名) (印) <small>(印は社印又は代表者印: 個人認印不可)</small>		
所持する 修了証	フォークリフト運転技能講習		ある	なし	
	ショベルローダー等運転技能講習		ある	なし	
	安全衛生推進者養成講習		ある	なし	

所持する修了証の該当欄に○を記入して下さい。

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	会 員	
	非会員	

年 月 日

受講者氏名 (自 署) (印)

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において全部記載して下さい。当該様式の書式は変更しないで下さい。
 2. 受講者氏名は受講者本人名を自筆記入押印して下さい。氏名及び住所等は楷書ではっきり書いて下さい。
 3. 申込者が勤務先の場合、「受講票」「修了証」は原則的に勤務先に送付いたします。
 4. ご記入いただいた個人情報は、技能講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

受講希望地	
-------	--

交通労働災害防止担当管理者教育講習 受講申込書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ	性別	生年月日	※ 備考
			氏名			
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	
				男・女	昭和 平成 年 月 日	

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	
会員	非会員

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

_____ (印)

所在地

〒 -

TEL(- -) FAX(- -)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

受講希望地	
-------	--

荷役災害防止担当者安全衛生教育 講習 受講 申込 書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ		性別	生年月日	※ 備考
			氏	名			
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	
会員	非会員

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

_____ (印)

所在地

〒 -

TEL(- -) FAX(- -)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

受講希望地	
-------	--

積卸し作業指揮者安全教育講習 受講申込書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ		性別	生年月日	※ 備考
			氏	名			
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	
会員	非会員

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

_____ ㊟

所在地

〒 _____

TEL(_____) FAX(_____)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

受講希望地

車両系荷役運搬機械等作業指揮者
安全教育講習

受講申込書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ	性別	生年月日			※ 備考		
			氏名		昭和	平成	年		月	日
				男・女	昭和	平成	年	月	日	
				男・女	昭和	平成	年	月	日	
				男・女	昭和	平成	年	月	日	
				男・女	昭和	平成	年	月	日	
				男・女	昭和	平成	年	月	日	
				男・女	昭和	平成	年	月	日	
				男・女	昭和	平成	年	月	日	

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部
(福島県トラック協会)

会員

非会員

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

所在地

〒 -

TEL(- -) FAX(- -)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

受講希望地	
-------	--

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

※ 受講番号	※ 修了証番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	フォークリフト修了証交付年月日/修了証番号	交付機関	経年数	※ 備考
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	
会員	非会員

事業場名

代表者名
(役職名)

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

所在地

〒 -

TEL(- -) FAX(- -)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

受講希望地	
-------	--

腰痛予防管理者労働衛生教育 講習 受講 申込 書

※ 受講番号	※ 修了証番号	役職名	フリガナ		性別	生年月日	※ 備考
			氏	名			
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	
					男・女	昭和 平成 年 月 日	

平成 年 月 日

陸運労災防止協会福島県支部 (福島県トラック協会)	
会員	非会員

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

_____ (印)

所在地

〒 _____

TEL(_____) FAX(_____)

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。

