

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	経験 年数	※ 備考
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
			男・女	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			

年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会  
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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (印)

〒 \_\_\_\_\_

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。