

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

## 事業場名

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。

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。