

フォークリフト運転業務従事者安全衛生教育 受講申込書

受付年月日	令和 年 月 日
受付番号	第 号

(一社) 中部労働技能教習センター所長 殿

次のとおり受講申込みいたします。

申込み日 令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			(旧姓・通称名)
	※旧姓等を使用した氏名又は通称の併記の希望の有無 有 / 無 (いずれかを○で囲む) (確認ができる住民票、自動車運転免許証等の公的な証明書のコピーが必要です)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	生 歳	
現住所	〒 () 都・道 府・県		市・区 郡
	電話	携帯電話	FAX
勤務先	会社名		
	〒 () 都・道 府・県		市・区 郡
	所在地	電話	FAX



フォークリフト運転技能講習 修了証(写) 貼付欄

表面	裏面
* 修了証の写しは必ず、表裏の複写を貼り付けて下さい。 * 取得時から氏名変更された場合は氏名書替後の修了証(写)を添付してください。	

受講希望日	令和 年 月 日	受講希望会場 <small>(希望会場に○して下さい)</small>	飯田・松本・その他	入校通知 送付先	勤務先・現住所
-------	----------	--	-----------	-------------	---------

【注意】 ○全日程とも、講習開始時刻に遅刻した場合は、理由の如何を問わず講習時間が不足するため受講できません。
時間に余裕をもってお早めに受講会場へお越しください。

○受講料及び教材費は原則として受講申込書をお送りいただいた後、受講日前までに納入をお願いします。

【個人情報の取扱い】

ご記入いただきました個人情報は、労働安全衛生法に基づく講習等の実施、修了証交付等の目的以外には使用しません。
また、お預かりした個人情報は、当センターが責任をもって管理いたします。

* 下の欄は当所で記入します。

修了日	修了証番号		
受講料	教材費	記事	