

フォークリフト運転技能講習(仮)申込書

※ フォークリフトの運転未経験者は、番号を○で囲んでください。

受講日：令和 4 年 月 日 ～ 月 日

事業所名		電話番号	
所在地 (〒 -)		担当者	
番号	ふりがな	住 所	保持する自動車免許の種類 (○で囲んでください。)
	氏 名		
1		(〒 -) 昭和・平成 年 月 日	普通 準中型 中 型 大 型
2		(〒 -) 昭和・平成 年 月 日	普通 準中型 中 型 大 型
3		(〒 -) 昭和・平成 年 月 日	普通 準中型 中 型 大 型
4		(〒 -) 昭和・平成 年 月 日	普通 準中型 中 型 大 型
5		(〒 -) 昭和・平成 年 月 日	普通 準中型 中 型 大 型

※ 氏名、生年月日、住所等の個人情報、受講者への連絡や講習の実施のために使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

申込先：公益社団法人 建設荷役車両安全技術協会 山梨支部
 【山梨労働局長登録教習機関第63号 有効期限：R6.9.16】
 〒409-3867中巨摩郡昭和町清水新居1602 ササモビル2-A
 TEL：0555-226-3558 FAX：055-226-3631