フォークリフト運転業務従事者安全教育受講申込書

ふりがな 氏　　名	生　年　月　日	フォークリフト運転技能講習修了年月日及び修了証番号
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和 平成　　年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和 平成　　年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和 平成　　年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和 平成　　年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和 平成　　年　　月　　日 NO.

※記入された個人情報は、当該講習会の申込以外の目的に使用することはありません。

申込ＦＡＸ番号　０２３－６３３－２４５３

上記の通り申込します。

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
山形県支部　行

平成　　年　　月　　日

講習会場	山　形　　鶴　岡　　米　沢　※○で囲んで下さい。
所 在 地	〒　　－ TEL
事業場名	ご担当者【　　】