

## 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		フォークリフト運転技能講習
氏 名	生 年 月 日	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.

上記の通り申込します。

希望会場を○印で 囲んで下さい。	天 童	酒 田	米 沢
申込先 FAX 番号	FAX 023-676-5561	FAX 0234-33-1771	FAX 0238-21-2190

陸上貨物運送事業労働災害防止協会  
山 形 県 支 部 長 殿

平成 年 月 日

所在地	〒
事業場名	TEL
	ご担当者【                      】

※記入された個人情報、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。