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.

上記の通り申込します。

希望会場の欄に受講月日をご記入下さい。	天童	月　日	米沢	月　日	酒田	月　日
申込先 FAX 番号	FAX　023-676-5561		FAX　0238-21-2190		FAX　0234-33-1771	

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
山　形　県　支　部　長　　殿

年　　月　　日

所 在 地	〒
事業場名	TEL　　ご担当者【　　】

※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。