

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 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 氏 名	生 年 月 日 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和 平成 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 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和・平成・令和 年 月 日 NO.
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和 平成 年 月 日	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和・平成・令和 年 月 日 NO.
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和 平成 年 月 日	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和・平成・令和 年 月 日 NO.
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和 平成 年 月 日	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和・平成・令和 年 月 日 NO.
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和 平成 年 月 日	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 昭和・平成・令和 年 月 日 NO.

上記の通り申込します。

受講会場の欄に○を付け、受講 月日をご記入下さい。	天童 ・ 米沢 ・ 酒田	月 日
申込先 FAX 番号	FAX 023-676-5561	

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
山 形 県 支 部 長 殿

令和 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。