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　・　令和 年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日 NO.
	昭和 平成　　年　　月　　日	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
適格請求書（インボイス）要 の場合：送信先メールアドレス		

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
山　形　県　支　部　長　　殿

ＦＡＸ　０２３－６７６－５５６１　　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。