

フォークリフト運転技能講習

受講申込書

受付年月日	平成 年 月 日	所 長	実施管理者						
受付番号	第 号								
(株) 公認大町自動車教習所 殿 下記の通り受講したく、受験料を添えて申し込みます。									
平成 年 月 日	<table border="1"> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td style="text-align: center;">(印)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>昭・平 年 月 日生 才</td> </tr> </table>	ふりがな		氏 名	(印)	生年月日	昭・平 年 月 日生 才	写 真 (1枚を貼り付けるほか、1枚必要です) 裏面に写した年月日と、氏名を記入しておいてください。	
ふりがな									
氏 名	(印)								
生年月日	昭・平 年 月 日生 才								
現住所	〒	TEL (自宅)							
		TEL (携帯)							
勤務先 (会社名)		TEL							
受講希望日	平成 年 月 日 ~		2日間コース 4日間コース						
所有免許 ※ 該当する番号に○をつけてください。	1	普通免許以上	2 大型特殊免許(限定無し) ※ カタピラ車に限るを除く 3 普通免許以上の免許所持者で、フォークリフト特別教育修了し、3ヶ月以上の経験						
運転免許証(写し) 表 面 普通免許または中型免許、大型特殊免許をお持ちの方は免許のコピーをこちらへ貼り付けてください。		運転免許証(写し) 裏 面 所有する免許で、住所変更等の記載がある方は、裏面のコピーをこちらへ貼り付けてください。							
※ 下の欄は当所で記入します									
交付年月日	修了証番号 No.	講習料	テキスト代						
平成 年 月 日									
		担当係							

[個人情報について]

ご記入いただきました個人情報につきましては労働安全衛生法に基づく講習等の実施又は、修了証交付等の目的以外には使用せず、当教習所が責任をもって管理いたします