

写 真
30×25mm
1枚をここに貼付
してください。
あと1枚は申し込
み書に同封してく
ださい。

フォークリフト運転技能講習受講申込書

(希望受講開始日 年 月 日)

ふりがな				※ 修了証番号
氏 名				
生年月日	年 月 日	交付年月日	※	年 月 日
本 籍 地	(都道府県名)			
現 住 所	住 所	〒		
	連絡方法	TEL() - FAX() -		
勤 務 先 (就労者のみ記入)	事業所名 電話番号 及びFAX 番号	TEL() - FAX() -		
	所 在 地	〒		
ここに所持する自動車の 運転免許証のコピーを貼 って下さい。			申込年月日	年 月 日
			受講者氏名	印

※ 再交付、 書替又は 併記	再 ・ 替 ・ 併	年 月 日 内容
		年 月 日 内容
		年 月 日 内容

- 注意
- ※印欄は記入しないこと
 - 本籍地を証する書類(コピー可)を添付のこと。
 - 個人情報の取扱いについて
本申し込み用紙にて提供していただいた個人情報は、修了証に記載及び将来の再交付、書替あるいは併記のためのもので、受講者の同意なく目的外には利用いたしません。