

フォークリフト関係 講習受講申込書

長野県労働技能教習センター
Tel 026-292-8189
Fax 026-299-7411

氏名	ふりがな	旧姓等併記希望者は右の口内にし点を記入ください。	<input type="checkbox"/>	生年月日	西暦	年	修了証写真貼付 縦3cm×横2.4cm 正面(胸より上) 6か月以内撮影 (FAX時写真不要)
	(旧姓等)				月	日	
現住所	(〒 -)	TEL ()		携帯 ()			

※ 個人で受講の場合は、以下事業所の記入は不要です。

事業所	名称	担当者名	ふりがな
	(〒 -)	連絡先TEL	()
	所在地	連絡先FAX	()

受講希望コース 受講希望コースに○印を付けてください。		B	D	D'
--------------------------------	--	---	---	----

学科日	月	日		
-----	---	---	--	--

実技日	コース	① ②	③ ④	⑤ ⑥
		月 日	月 日	月 日

※運転免許証コピー貼付欄

振替払込請求書兼受領証コピー添付欄

郵便振替 口座番号 00590-4-46485
NPO法人長野県労働技能教習センター
上記のとおり受講料、教材費、運転免許証等の証明資料を添えて申し込みます。

特定非営利法人
長野県労働技能教習センター 殿

※受付 長野労働技能 号
※受付年月日 年 月 日

※経験が必要な「D、D'」コースの方のみ記載してください。

経験証明書

氏名 殿

生年月日 西暦 年 月 日

上記の者は、最大荷重1トン未満のフォークリフト運転の業務に係る特別教育を修了し、当社において、フォークリフト運転の業務に 年 月 日から 年 月 日までの間従事していたことを証明します。

住所〒

事業場名

代表者職氏名

印

※ 経験証明書の代表者職氏名印は必ず押印してください。また、「特別教育の修了証」の写しを添付してください。

※【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、当センターが責任をもって管理し、本講習以外には使用いたしません。