

フォークリフト運転技能講習受講申込書

(ふりがな) 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
本籍地	都道府県 (都道府県名のみ記入)	自宅電話	()
		携帯電話	()
自宅住所	〒 -	(外国籍の場合本国籍の氏名)	
企業名 <small>(企業名領収書の必要な方のみ記入)</small>		企業コード	
企業住所 <small>(企業名領収書の必要な方のみ記入)</small>	〒 -	企業電話	()
資格	<input type="checkbox"/>	普通自動車・中型自動車・大型自動車・大型特殊自動車(カワチラ限定を除く) フォークリフト(1t未満)特別教育修了後運転業務経験(3月・6月)	
希入学日	平成 年 月 日	入校日	平成 年 月 日
		受講番号	第 号

フォークリフト(1t未満)の特別教育を修了し、その運転業務経験がある方は経験証明書が必要です。

お問い合わせ番号 084-946-5837
FAX 084-946-5830

平成 年 月 日

受講者氏名

印

山陽クレーン学校長 殿