|  |
| --- |
|  |
| フォークリフト事業内検査者研修コース受講申込書**(大阪)** | 受付番号 | ※ |
| 講座希望回　　数 | 第１希望　　 | 第　　　　回　　　／　　　～　　　／　　　 | 第２希望　　 | 第　　　　回　　／　　　～　　　／　　　 |
| ふりがな氏名 |  | 印 | 性　別 | 生年月日 |
|  | 男　・　女 | Ｓ/Ｈ　　年　　月　　日生 |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　都道　　　　　　　　　府県　　 |
| 勤務先 | ふりがな事業所名所属部課名 |  |
|  |
|  | 入社年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 所在地 | 〒 |
| 電話　 | ＦＡＸ　 |
| 事業の種類 |  |
| 連絡担当者 | ふりがな　氏　名　 | 所属部課名　 |
| 電　話　 | FAX　**※　受付後にFAXを送信しますので正確にご記入下さい** |
| 所在地　〒 |
| 実施希望車種 | １　内燃機関式　　２　蓄電池式　　（１車種を○で囲むこと）　　　　　　　　　　　　※希望車種は実技当日に変更をお願いする場合もございます。 |
| 宿　泊　期　間（宿泊は無料。最終日は宿泊できません。） | 開講日の　前日から宿泊　・　当日から宿泊　／　宿泊不要　（○印で選択） |
| 備　　　　考キャンセル待ちをご希望の方は必ずご記入下さい。 |  | **★複数（２件以上）**お申込みの場合、請求書は |
| □まとめて発行希望　□個別に発行希望 |

**受講資格確認のため事前にＦＡＸにてお送り下さい。（お申込みは郵送のみ）**

**◀**

**この宛先に関係書類をお送りしますので、正確にご記入ください。**

ご記入頂いた個人情報につきましては、当協会が責任を持って保管し、本講習の的確な実施

（連絡、運営、関係行政機関への報告、後日の問い合わせ対応等）のみに利用させていただきます。

様式20171027



切り取らないで下さい

◎入所時に受付にてご提出願います

裏面に氏名を記載のうえ

写真貼付

縦3.0㎝

横2.4㎝

問合せ先：大阪安全衛生教育センター

TEL/ 0721-65-1821

FAX /0721-65-1472

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **送****付****先** | 　　　　　〒所在地　 | フォークリフト事業内検査者研修コース受 講 票開講日当日入所受付時間　**8：00～9：00**＊万一遅れそうな場合は必ずお電話下さい。 |
| （事業所名）　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　様 |

※受付番号以外は全てご記入ください。

本票は、この講習の合否の連絡があるまで、大切に保管しておいて下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受****講****者** | 講座回数 | ※受付番号 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 第　　　　回 | 第　　　号 | 受講者氏　名 |  | Ｓ/Ｈ　　　年　　　月　　　日生　 |
| 受講年月日 | **～** | **宿　泊**（宿泊は無料。最終日は不可） | 開講日の　前日から宿泊　・　当日から宿泊　／　宿泊不要　（○印で選択） |
| 受講確認係 員 印 | ※第1日 | ※第2日 | ※第3日 | 実施希望車種（１車種のみ） | 1. 内燃機関式

②　蓄電池式 |

**（申請書裏面）**

**実習時に使用しますので作業服をご持参下さい。**

**ヘルメット・安全靴（22.5㎝～29.0㎝）は当センターでご用意しますので不要です。**

|  |
| --- |
| 受　講　資　格 |
| 受講資格区分（受講資格表参照） | イ | ロ | ハ | ニ | ホー１ | ホー２ | ホー３ | ホー４ | ホー５ | ホー６ |
| 受講資格に係る卒業学校、学部、学科名（イ、ロの場合）・・・・・・・・・・・・・証明書添付 |
|  |
| 受講資格に係る免許修了証（ニ、ホー１、ホー２、ホー３、ホー４、ホー５、ホー６の場合）・・・・・写し添付 |
| 種類 | 番号 | 発行者 | 交付年月日または取得年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| 受講資格に係る日常従事していた業務内容及びその期間 |  | 　　　年　　　　月から　　　年　　　　月まで（　　年　　　ヶ月） |
|  | 　　　年　　　　月から　　　年　　　　月まで（　　年　　　ヶ月） |
| 事業場におけるフォークリフトの所有台数 | 内燃機関式　　　　　　　　台 | 蓄電池式　　　　　　　　　台 |
| 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　所　　在　　地　　　　　　　　　　会社又は事業場名　　　　　　　　　　代表者　職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 照合 |
| ※ |

**（注）当センターからの問合せを行うことがありますので、受講申込書をコピーしておいて下さい。**

Ⅰ　研修科目及び時間（講師等の都合により一部変更もあります。）

＜第１日＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜第２日＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ～ ９：００ | 受付 |  | 　８：３０～１１：５０ | 蓄電式フォークリフト走行装置・操縦装置 |
| ９：２０～１０：２０ | 開講式・オリエンテーション |
| １０：３０～１２：００ | 関係法令 | １２：４０～１７：１５ | 制動装置　電気系統荷役装置　安全装置油圧装置 |
| １２：５０～１８：３５ | ・フォークリフトの種類及び構造・原動機の種類及び構造、動力伝達装置 |
| １７：２５～１８：２５ | 実技研修の説明 |

＜第３日＞

|  |  |
| --- | --- |
| ８：３０～１５：２０ | 実技研修 |
| １５：４０～１６：４０ | 修了試験 |

Ⅱ　お持ちいただくもの

　１　受講票　（当用紙：受付で提出ください。）

　２　筆記用具（鉛筆、消しゴムは必ずご持参下さい。）

　３　 作業服（３日目の実習で使用します）

（注）安全帽（ヘルメット）、安全靴(22.5センチから29センチまで)は教育センターで貸与します。

**中央労働災害防止協会　大阪安全衛生教育センター**

**お問合せ先**

〒586-0052　大阪府河内長野市河合寺423-6

TEL 0721-65-1821　FAX 0721-65-1472

＜参考フォーマット＞

資 格 証 明 書 写 し

|  |
| --- |
|  |
| **受講資格が「ニ、ホ－１～6」に該当する方（必ず裏表をコピーして下さい）****「この写しは原本と相違ないことを証明します。」****年　　　月　　　日****所　　在　　地****会社又は事業場名****代表者　職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印** |