

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 ※

お申し込みの欄は必ずお読みください。(敬請注意)

講座希望回数	第1希望	第 回	第2希望	第 回
ふりがな			性別	生年月日
氏名	印		男・女	S/H 年 月 日生
現住所	〒 都道府県		電話	
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		
	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がございます。			
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	★複数(2件以上)お申込みの場合、請求書は <input type="checkbox"/> まとめて発行希望 <input type="checkbox"/> 個別に発行希望			

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

送付先	〒	所在地
		(事業所名)
	氏名	様

フォークリフト事業内検査者 研修コース受講票

入所時に受付にてご提出願います

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

問合せ先: 大阪安全衛生教育センター
TEL/ 0721-65-1821
FAX /0721-65-1472

裏面に氏名を記載のうえ

写真貼付

縦3.0cm
横2.4cm

※受付番号以外は全てご記入ください。

本票は、この講習の可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	~		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		

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(22.5cm~29.0cm)は当センターでご用意しますので不要です。

資格証明書写し

受講資格が「ニ、ホー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。」

令和 年 月 日

所在地
会社又は事業場名
代表者 職氏名

印