

事務 処理 欄	受講者番号	修了証番号	確認者	実施管理者

フォークリフト運転技能講習 受講申込書

申込講習 (数字を○で囲む)	1. 11時間講習 2. 15時間講習 3. 31時間講習 4. 35時間講習
-------------------	--

受講日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	生 年 月 日	S・H 年 月 日 歳	
ふりがな				
氏名			性別	男 女
現住所	〒 TEL			
最終学歴(○で囲む)	中卒 高卒 短大卒 大卒			
勤務先	事業所名			
	所在地	〒 TEL 担当者名 _____		
雇用保険加入の有無	有 無	受講期間中の賃金の有無	有 無	
雇用保険被保険者番号		受講料の負担方法	事業主負担 個人負担	
雇用保険適用事業所番号		労災保険特別加入の有無	有 無	

※個人で受講される方は太線まで記入して下さい。

事業者等証明 (11 又は 15 時間講習用)

特別教育交付日	年 月 日		
運転業務に使用した機械及び種類	メーカー	型式	能力
特別教育修了後の運転業務に従事した期間	年 月 日から 年 月 日まで通算 年 ヶ月		

上記の業務経験について相違ないことを証明します。

事業場等の名称
事業場等の所在地
証明者又は代表者名

⑨

標記講習会に申し込みます。

令和 年 月 日

職業訓練法人 東磐職業訓練協会 殿

受講者 (本人自署) 氏名

【注意】

- ご記入いただいた個人情報又は添付の書類の情報は、当協会の業務以外に使用することはありません。
- 一部免除希望者は、申込の際、その資格を有することを証明する書面(免許証、修了証等)と写しをご持参ください。
- 事業所派遣の場合は雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)の写しを提出してください。