

フォークリフト運転技能講習

受講申込書

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-----|-------|
| 事務 処理 欄 | 受講者番号 | 修了証番号 | 確認者 | 実施管理者 |
| | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 申込講習 (数字を○で囲む) | 1. 11 時間講習【大特免許所持者】 【普通自動車免許（2 種含む）以上所持者でフォークリフトの特別教育修了後、3 ヶ月以上の経験者】 |
| | 2. 15 時間講習【フォークリフトの特別教育修了後、6 ヶ月以上の経験者】 |
| | 3. 31 時間講習【普通自動車免許（2 種含む）以上所持者】 |
| | 4. 35 時間講習【上記以外の方(未経験者)】 |

| | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|--|---------------|----|------------------|-------|----|
| 受講日 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | |
| ふりがな | | | | 性別 | | 年 月 日 | |
| 氏名 | | | | | 男 ・ 女 | 歳 | |
| 旧姓を使用した氏名又は通称の併記の希望 | 有 ・ 無 | | 併記を希望する氏名又は通称 | | | | |
| 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 (1 トン未満のフォークリフトの運転業務に従事した経験)

| | | | | |
|----------------------------------|---------|----|-----------|--------|
| 特別教育交付日 | 年 月 日 | | 教習機関名 | |
| 運転業務に使用した機械及び種類 | メーカー | 型式 | 能力 | 主な業務内容 |
| | | | | |
| 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 | | | | ㊟ |

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。

受講票はメールにてお送りします。郵送を希望される方はご連絡ください。

E-mail: _____@_____