|  |  |
| --- | --- |
| 講習実施日 | 令和　　年　　月　　日 |

注‐1 受講者氏名は戸籍に記載された文字を正確に

記入してください。

注‐2 受付番号は記入不要です。

**テールゲートリフターの操作の業務に係る特別教育（学科）**

**受 講 申 込 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付****番号** | **ふ り が な** | **生 年 月 日** | **現 　住　 所** |
| **受講者氏名** |
|  |  | 昭和・平成**・　　・** | **〒** |
|  |
|  |  | 昭和・平成**・　　・** | **〒** |
|  |
|  |  | 昭和・平成**・　　・** | **〒** |
|  |

令和　　年　　月　　日

**〒　　　　-**

**所 在 地**

**事業場名**

**部 課 名　　　　　　　　　　　　取扱担当者名**

**TEL 　　　　( )**

**FAX 　　　　( )**

**◎該当する欄にチェックを入れてください。**

　● 会員非会員の別 ： □ 県内労働基準協会会員 、 □ 非協会員

● 受講料：受講開始日2週間前までに（ □ 振込 、□ 現金持参 ）で支払います。

《個人情報について》

上記の個人情報につきましては、当会が安全に管理し、本講習の実施目的以外には使用いた

しません。