

「フォークリフト運転業務従事者安全衛生教育」受講申込書

※web予約の方は事前送付不要です※

お問い合わせ窓口:0120-045-915

| | | | |
|------------|--|--|-----|
| 受講会場 | 株式会社ジャパンクリエイト JCフォークリフト教習センター | | |
| 受講講習名 | フォークリフト運転業務従事者安全衛生教育 | | |
| 受講日 | 西暦 年 月 日() | | |
| フリガナ | | | |
| 受講者名 | | | |
| 旧姓・通称名 | ※併記を希望の場合はご記入ください。 ※旧姓または通称名が確認できる身分証明書が別途必要となります。(戸籍謄本・住民票等) | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日(満 歳) | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 連絡先(携帯電話可) | 電話 | | メール |
| | FAX | | |

※WEBから予約をされた方…氏名などの文字が異なる場合、手書きで修正後にご提出下さい。(例:高田→高田)

| | | | | |
|--------|---|-------|-----|--|
| フリガナ | | 連絡先 | 電話 | |
| 勤務先会社名 | | | FAX | |
| 勤務先住所 | 〒 | 担当者氏名 | | |

※教習所チェック欄

| | | |
|-------|---|--|
| 領収書宛名 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 会社名 | ※法人申込の方は、原則 会社名で発行 ※給付金希望の場合、個人名で発行 |
|-------|---|--|

コピー貼り付け欄

フォークリフト運転技能講習 または フォークリフト運転特別教育修了証のコピー(表裏)を貼り付けてください。

| | | | |
|-----------|--|-----|--|
| 実施 管理者 | | 確認者 | |
|-----------|--|-----|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|-----|--------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 修了証 番号 | | - | | - | | | | | | 修了日 | 西 暦 | | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
|-----------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|-----|--------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|