

上半身写真 1 枚
3 cm × 2.4 cm
・正面・無帽
・無背景
・裏面に氏名記入
の上、のり付け

技能講習受講申込書

受講日	年 月 日～ 月 日	コース	11 31 35 時間
-----	------------	-----	-------------

フリガナ		署名または押印	性別	生年月日
氏名			男女	年 月 日 (満 歳)
郵便番号	〒 ー		TEL(携帯可)	()
フリガナ				
現住所	都道 府県	市郡 区		
フリガナ				
勤務先名				
郵便番号	〒 ー		TEL	()
フリガナ				
勤務先所在地	都道 府県	市郡 区		

<保有資格> ※受講するコースによっては記入の必要ありません。

◎講習の一部科目免除に必要な「運転免許証」又は「修了証」に☑を入れてください。

運転等免許証	特別教育修了証	原本確認
<input type="checkbox"/> 大型特殊自動車(カタピラ限定) <input type="checkbox"/> 大型特殊自動車(カタピラ限定除く) <input type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> 準中型自動車(5 t 限定含む) <input type="checkbox"/> 中型自動車(8 t 限定含む) <input type="checkbox"/> 大型自働車	<input type="checkbox"/> フォークリフト	印

<事業主証明> ※証明が必要な方のみ

◎受講するコースに必要な特別教育の特別教育修了年月、特別教育修了後の運転業務従事経験期間を記入のうえ、「社印」・「代表者印」を押印して証明して下さい。

特別教育の種類及び運転業務従事経験の期間	
特別教育	特別教育修了年月日
フォークリフト運転(1トン未満)	年 月 日
特別教育修了後の運転業務従事経験	運転業務従事経験職種 () 年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月)
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所名称 事業所所在地 事業者名	
	社印 代表者印 年 月 日

お客様各位 当社は個人情報を次の目的で利用させていただきます。

- ・受講申込書内容及び受講資格等の確認
 - ・受講料の支払い方法、入金状況の確認
 - ・講習案内の送付及びアンケートの実施
 - ・お客様からのお問い合わせや資料請求への対応
- ※上記にご同意いただけない場合、個人情報の確認、訂正等を希望される場合は、窓口までお申し出下さい。

修了年月日	
修了証番号	

領収年月日	領収証番号	実施管理者印	受付印
年 月 日	請求 振込		

修了証受領印
