

FAX【055-263-2036】

受付番号 \_\_\_\_\_

## 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

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日		昭和・平成 年 月 日	
フォークリフト修了証番号			
フォークリフト修了証交付年月日		昭和・平成 年 月 日	
勤務先	所在地	〒	
	名称		
	電話番号		
	FAX番号		
申込日		令和 年 月 日	

注1) 受講希望者が2人以上の場合、コピーしてお使い下さい。

注2) 受講申込者は、本申込を行うことで、以下に同意したものとします。

- ① 申込の情報に虚偽の記載が無い事を確約します。
- ② 自ら反社会的勢力に属さず、密接な関係を持たず、受講期間中も属さない事を確約します。
- ③ 支部施設内では、講師の注意に従い、講師を威圧する言動、講義に関係ない言動、及び安全を遵守しない言動等、一切の講習妨害行為をしない事を確約します。
- ④ 講習中、前項①②③に反することが判明した場合、受講者に対する講習を中止し、退場を指示します。これによる講習料の返金は致しません。また、修了証発行後に前項①に反する事実が判明した場合、修了証を無効といたします。これにより、受講者にいかなる損害が生じても、当支部では一切賠償致しません。

※ 下の欄は当所で記入します。

修了証番号	
交付年月日	