

フォークリフト運転技能講習受講申込書

※講習機関の資格等確認印

茨城労働局長登録教習機関27-1

(公社)建設荷役車両安全技術協会茨城県支部

〒311-3116 東茨城郡茨城町長岡3652-559 TEL029-292-6546

URL <http://www.sacl-ibaraki.jp> メール info@sacl-ibaraki.jp

24mm

顔写真を貼って下さい。(普通紙印刷は不可)

30

この写真から、修了証の顔写真が複写されます。

申込年月日		年 月 日	
受講者・会社に関する項目	ふりがな	性別	生 年 月 日
	申込者氏名	男 女	昭和・平成 年 月 日
	現住所	(都道府県から記入) 〒 - TEL () -	
	勤務先	所在地	(都道府県から記入) 〒 - TEL () -
	名称	TEL () -	

一部免除される資格の説明	<input type="checkbox"/> 31時間コース (4時間が、以下の資格がある方には免除されます。)
	大型・中型・準中型・普通・大型特殊(カタピラ限定)自動車免許または各第二種免許のいずれかを有する者
	<input type="checkbox"/> 11時間コース (24時間が、以下①②③いずれかの資格がある方には免除されます。)
	①道路運送車両法による 大型特殊免許(カタピラ限定車を除く)を有する者 ②労働安全衛生法による特別教育を修了し、1t未満のフォークリフトの運転経験が3か月あり、かつ、 大型・中型・準中型・普通・大型特殊(カタピラ限定)自動車免許または各第二種免許のいずれかを有する者 ③農耕車限定大型特殊自動車免許を有する者
<input type="checkbox"/> 35時間コース (免許がないため、時間的な免除が受けられない方です。)	
自動車免許のない者は、氏名・生年月日を証する住民票等が必要。この申込書と一緒に提出下さい。	

希望するコースに○を付けてください。	31時間コース	11時間コース	35時間コース
--------------------	---------	---------	---------

受講希望実技日	希望月 <input type="text"/> 月です。実技は 月 日～ 月 日を希望します。	学科は毎月指定の1回のみ。先に学科です。
---------	--	----------------------

「受講票」の郵送先を○で選んで下さい。受付後、こちらから葉書様式で送ります。	受講票の郵送は	①現住所 ②勤務先	を希望します。	受講料は学科講習日の受付の際に現金にてお支払下さい。また、請求書が必要な場合はお申し出下さい。
--	---------	--------------	---------	---

自動車免許証・特別教育修了証	自動車免許証(写)貼りつけ箇所	11時間コースの場合 特別教育修了証(写)
	(注) 免許証の裏に氏名または住所の変更が記入されている場合は、その裏の写しも必要ですので、その部分も申込書裏側に貼り付けて下さい。 なお、免許証の書替がお済みでない方は、変更事項が確認できる住民票等も併せてご提出下さい。	(注) 特別教育修了者とは、労働安全衛生規則第36条第5号により、最大荷重1トン未満のフォークリフト運転に就かせるため、企業が労働者に学科6時間、実技6時間の教育を行った者で、これを証明する修了証を貼付下さい。 特別教育修了証の写し以外に、特別教育を受けた学科・実技・講師等の実績を記した記録等を提出する場合は、別綴りとして下さい。

(公社)建設荷役車両安全技術協会茨城県支部長 殿

※受講料受領確認

※修了証受領印

走行装置	荷役装置	力学	関係法令	学科合計点	走行荷役操作	走行操作	総合判定(学科・実技)合・否	管理者印	担当者印	現・振	入金日	修了証発行月日は実技最終日です
免						免						
取扱ディーラー												