

フォークリフト運転技能講習(1t以上)
受講申込書

〒518-0023 三重県伊賀市野間233 **上野自動車学校** Tel. 0595-21-1000

写真 30mm×24mm 正面、無帽 上三分身、無背景 裏面に氏名を記入	受講番号		実施管理者
	受講	開始日	
	修了証	交付番号	

※太枠内を黒のボールペンでご記入下さい。

受講者	お名前	(ふりがな)	性別	生年月日	年齢	
			男・女	昭和 平成	年 月 日	才
	現住所	〒 — 都・道 府・県				
	連絡先	携 帯: — —	勤務先等	会社名or学校名		
	自 宅: — —	所在地		〒 —		

受講コース	受講日数	受講時限数	受講資格について	
希 望 の コ ー ス を ○ で 困 ん	Aコース	5日	35	初心者(普通免許のない方で、フォークリフトの運転経験のない方)
	Bコース	4日	31	普通免許(もしくはそれ以上の免許)をお持ちの方
	Cコース	2日	11	①大型特殊自動車免許(限定なし)をお持ちの方 ②普通免許(もしくはそれ以上の免許)があり、1t未満のフォークリフトの特別教育を修了し、その後3ヶ月以上運転経験のある方(事業者の証明が必要)
	Dコース	3日	15	自動車免許はないが、1t未満のフォークリフトの特別教育を修了し、その後6ヶ月以上運転経験のある方(事業者の証明が必要)

事業者の証明欄 (Cコースの②もしくはDコースに該当する方のみ必要)				
特別教育修了日	S・H 年 月 日 修了 (教育詳細は別紙実施証明書が必要です)	業務経験時、使用した1t未満の機種		
		メーカー名		
業務経験等	S・H 年 月～S・H 年 月まで フォークリフト(1t未満)の業務に従事しました。 (年 ヶ月間)	機種名		
		最大荷重		
		所有者		
上記の業務経験及び記載事項に相違ないことを証明します。		上記の特定自主検査記録表の写しが必要		
平成 年 月 日	事業者住所 事業所名 代表者氏名	受付記入欄	担当者	
		受付日 /	講習初日 /	
		講習料金 /	領収日	領収額
				円
		備 考		

印