

テールゲートリフター特別教育受講申込書

2.4×3.0
写真

太枠と※をご記入下さい

※申込年月日 令和 年 月 日

受講者に関する事項	フリガナ		旧姓を使用した氏名、通称 の併記の希望(いずれかを ○で囲む) する / しない	併記を希望する氏名又は通称
	氏 名	印		
	生年月日	年 月 日	TEL	— —
	住 所	〒 —		
	勤 務 先		TEL	— —
	勤 務 先 住 所	〒 —		

講習関係	受講希望日	令和 年 月 日		
	受講コース	6時間 [学科 4時間 ・ 実技 2時間]		
	講習期間	令和 年 月 日		
	修了証	第 号	交付年月日	令和 年 月 日

管理者確認欄	管理者氏名	岡 本 宗 広	印
--------	-------	---------	---

注 1、電話で仮予約後、申込書をFAXしてください。申込書原本は受講日初日にお持ちください。
2、虚偽の申請が認められた場合、修了証を交付できないことがあります
3、ご提供いただいた個人情報は、受講資格等の確認、修了証の作成、保存書類等への記入、受講料の入金確認、再交付等の確認、当講習所からの諸連絡等に使用させていただきます。
4、旧姓又は通称の併記を希望する場合は戸籍謄本、住民票の写し、免許証等公的機関の証明書により旧姓又は通称の確認ができる場合のみとなります。

申込先 〒979-1525 福島県双葉郡浪江町大字高瀬字小高瀬迫 198-3
TEL.0240-23-5990 FAX.0240-23-5991

講習所処理欄

令和 年 月 日

受付印