

※受講資格を証明する書類の写しを一緒に FAX して下さい。(点検・整備経験等で受講の場合は不要)

平成29年度特定自主検査資格取得研修予約申込書

太枠線内をご記入下さい

事業場情報 (事業場の情報をご記入下さい)

顧客番号
*支部にて記入

(フリガナ) 事業場名	() 【会員番号】		
所在地	〒		
T E L	()	F A X	()
代表者職名		代表者氏名	
連絡担当者 職名		連絡担当者 氏名	

*研修申込関係書類及び修了証は原則として事業場の連絡担当者宛に送付いたします

受講希望コース (希望コースの番号と受講予定研修時間を○で囲んで下さい)

1. フォークリフト (検査業)	平成29年6月14日～18日	35h / 21h / 18h
2. フォークリフト (事業内)	平成29年7月20日～22日	14h / 9.5h
3. フォークリフト (事業内)	平成29年10月19日～21日	14h / 9.5h
4. 高所作業車 (検査業)	平成29年11月9日～11日	21h / 18h
5. 高所作業車 (事業内)	平成29年6月22日～24日	14h / 9.5h
6. 高所作業車 (事業内)	平成29年9月14日～16日	14h / 9.5h

受講者情報 (受講者本人の情報をご記入下さい)

登録番号
*支部にて記入

(フリガナ) 氏名	()	生年月日	1 9 年 月 日生
住所	〒		
電話番号 *携帯可			
受講資格 *必須			

*受講資格における注意等

- 受講資格を証明する書類のコピー (技能検定合格証、修了証等) も FAX して下さい。
*「当該機械の点検・整備又は設計、工作经历のある者」でご受講される方以外は必ず必要となります。
- 受講資格(必須)の欄は、「研修の受講資格と研修時間(受講資格表)」でご確認いただき、『受講者の経歴・取得済み資格』と同一の記入をお願いいたします。