

## 事業内検査者資格取得研修予約申込書

受付番号

受講者氏名	生年月日	受講機種	受講時間	受講資格
	年 月 日	フォークリフト	14時間コース 9.5時間コース	
	年 月 日	フォークリフト	14時間コース 9.5時間コース	
	年 月 日	フォークリフト	14時間コース 9.5時間コース	
	年 月 日	フォークリフト	14時間コース 9.5時間コース	

申込年月日 年 月 日

受講資格確認の上、資格証の写しをつけ上記の通り予約申し込みます。

事業者名称 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

〒321-0912

宇都宮市石井町 3149-28 卸商業団地協同組合別館 202

電話 (028) 656-6111

F A X (028) 656-6112

(公社)建設荷役車両安全技術協会 栃木県支部 殿