検査員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	該当時間を〇で囲んで下さい
	年　月　日	フォークリフト	ロ 21時間研修 ハ 18時間研修
	年　月　日	フォークリフト	ロ 21 時間研修 ハ 18 時間研修
	年　月　日	フォークリフト	ロ 21 時間研修 ハ 18 時間研修
	年　月　日	フォークリフト	ロ 21 時間研修 ハ 18 時間研修

申込年月日　　年　　月　　日

受講資格確認の上、資格証の添付をし、上記の通り予約申し込みます。

事業者名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

〒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
ＦＡＸ　（028）656－6112
（公社）建設荷役車両安全技術協会　栃木県支部