※受付

番号

|  |  |
| --- | --- |
| 受講年月日 | 令和7年6月9日 |

**テールゲートリフターの操作の業務に係る**

証明写真貼付

3.0cm×2.4cm

無帽・無背景

色付メガネ不可

**特別教育受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | 　　６ヶ月以内に撮影した写真1枚 |
| **氏名** |  |
| 併記を希望する場合の旧姓又は通称（ふりがな） |
| **生年月日** | Ｓ・Ｈ　　　　　年　　　　　月　　　　　日（満　　　　歳） |
| **住所** | 〒 |
| **連絡先** | 緊急時に連絡がとれる電話番号をご記入下さい。（携帯等） |
| **所属** | **事業場名** |  | 電　話ＦＡＸ |
| **所在地** | 〒 |

　　　　　年　　　月　　　日

建設業労働災害防止協会高知県支部長　殿

上記の記載事項に相違ありません。また本教育の受講を受講者本人より申込します。

　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名

**【申込書記入にあたっての注意事項】**

１．訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き訂正印を押印し記入して下さい。（修正テープ・修正液不可）

２．旧姓を使用した氏名又は通称の併記を希望する場合は、併記する旧姓又は通称を記入して下さい。

３．遅刻及び途中退場の場合は失格となりますのでご注意下さい。

４．※印は記入しないで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受講料テキスト代 | 月　　　日　 | 当現 |  |