

講習期間	年 月 日 ～ 月 日
受講番号	

受付番号 No _____

テールゲートリフター 特別教育 受講申込書

フリカナ			性別	写真×2枚	管理者印			
氏名	Ⓜ		男	3cm×2.4cm 全面的り				
旧姓又は通称の併用の記載希望有/無			女					
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ()	修了証番号	*					
		交付年月日	* 年 月 日					
現住所	〒 (-)		TEL (- -)					
勤務先 申込者が勤務先である場合	住所	〒 (-)		TEL (- -)				
	名称	FAX (- -)						
* 所持する運転免許証 (同二種含む)	<ul style="list-style-type: none"> 大型自動車運転免許 中型自動車運転免許 準中型自動車運転免許 普通自動車運転免許 	免許証 第	号	受講時間及び内容	6h	学科： テールゲートリフターの作業等に関する知識 関係法令	4 h	講師確認
						実技： 取扱い及び操作の方法	2 h	講師確認
書替又は再交付関係								

(注)

- *欄は申込者において記載しないこと。
- ご記入いただきました個人情報、受講者への連絡、技能講習の実施、講習修了証の発行交付のために使用いたします。
- 氏名、住所等は、楷書ではっきり書いて下さい。
- 旧姓等の希望の有無を○で囲むこと。併記を希望する場合には、併記を希望する旧姓又は通称を記入すること。