

フォークリフト 運転技能講習受講申込書

コマツ教習所株式会社 奈良センタ

(太線内のみボールペンで記入)

開講番号	
受講番号	

受講コース (○で囲む)	11H	15H	31H	35H	31Hポルトガル語	35Hポルトガル語	受講日	開始日	平成	年	月	日
								終了日	平成	年	月	日
受講者	フリガナ							性別・年齢	男・女	満年齢	[歳]
	氏名	⑩ { 自署の場合は ⑩は不要 }						生年月日	S・H	年	月	日
	住所	〒 —						個人 連絡 先	電話	—	—	
	本籍	都・道・府・県 (都道府県名のみ)							FAX	—	—	
勤務先	フリガナ							会社 連絡 先	電話	—	—	
	会社名								FAX	—	—	
	所在地	〒 —						受講票送り先を○ で囲んで下さい		会社 : FAX ・ 郵送 自宅 : FAX ・ 郵送		
	業種コード (該当業種 に○印)	01農業、02採石・建材、03建築、04土木、05造園、06電気、07塗装、08機械、09食品、10繊維、11化学、12窯業、13鉄鋼、 14金属、15電力、16ガス、17産廃・解体、18企業組合、19商業、20レンタル、21運輸・倉庫、22印刷、23通信、24サービス、 25人材派遣、26公務員、27自衛隊、28学校、29その他、30コマツ関係各社										

受講資格を証明するものを添付(欄が小さくて貼れない場合は別紙で)

修了証等の貼付欄	受講コースと受講資格
	<p>11Hコース(2日間)</p> <p>1. 大型特殊自動車免許(キャブ限定除く)のある方</p> <p>2. 普通自動車免許以上の免許を保有している方で、最大荷重1トン未満のフォークリフトの特別教育を修了し、その後最大荷重1トン未満のフォークリフトの運転業務経験が3ヶ月以上ある方(事業主等による特別教育及び運転業務経験の証明が必要です。)</p> <p>15Hコース(3日間)</p> <p>1. 普通自動車免許以上の免許を保有していない方で、最大荷重1トン未満のフォークリフトの特別教育を修了し、その後最大荷重1トン未満のフォークリフトの運転業務経験が6ヶ月以上ある方(事業主等による特別教育及び運転業務経験の証明が必要です。)</p> <p>31Hコース(4日間) : 普通自動車免許以上の免許を保有している方</p> <p>35Hコース(5日間) : 初心者(上記に該当しない方)</p> <p>31H、35Hポルトガル語コース(どちらも5日間)</p> <p>1. 上記の31h、35hコースの条件に各々該当し、かつ、ポルトガル語を理解できる方</p>

以下に本人確認・本籍地確認の公的書類名等を記入し、受講当日に原本を持参してください。

自動車運転免許証番号記入欄(本人確認・資格確認用)	本籍地等確認書類記入欄
免許の種類(大特・大型・中型・普通)	本籍地等確認書類名
第	発行元等
	番号

上記の通り受講申し込みいたします。
記載事項に虚偽等がある場合、受講後と言えども法律に基づく処罰があっても異議申し立てはいたしません。

平成 年 月 日 (←申込日を記入)

コマツ教習所株式会社 奈良センタ所長殿

受講料等	項目	金額(税込み)	領収証
	受講料	円	会社・個人
	テキスト代	円	会社・個人
	合計	円	会社・個人
その他、領収証の宛先			
修了証の統合		無・有 (旧修了証は回収)	

お客様各位

当社は、個人情報を以下の目的で利用させていただきます。

- ①受講申込書の内容確認、受講資格確認及び受講票送付。
 - ②受講料入金確認、講習案内の送付、アンケートの実施。
 - ③お客様ご本人からの資料確認、お問い合わせに応えるため。
- *ご同意頂けない場合は受付当日窓口にお申し出ください。

遅刻・早退・欠席した方は失格となり、受講料は返金いたしません。

〒632-0081 奈良県天理市二階堂上ノ庄町265-1

コマツ教習所株式会社 奈良センタ

TEL:0743-68-3333 FAX:0743-68-3330

(100218)

実施管理者	資格確認	受付担当

紹介者	(会社名・支店名)	(氏名)

申込書と本証明書の原紙は、受講日3日前までに到着するよう郵送してください。

(修正液では修正しないで下さい。修正は訂正印をお願いします)

最大荷重1トン未満のフォークリフト運転業務特別教育修了証明書
兼 運転業務(最大荷重1トン未満のフォークリフト)経験証明書

受講者名 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

I. 特別教育修了証明

(右の①か②の何れか ①特別教育修了証の写しを添付する。
で証明して下さい) ②特別教育の実施事実を以下に記入し、事業主が証明する。

教育場所 _____

教育の内容等

(表の空欄に記入)

法定教育科目		法定時間	実施年月日	実施時間	担当講師名(氏名)
学 科	1. フォークリフトの走行装置の構造・取扱いの方法	2時間以上			
	2. フォークリフトの荷役装置の構造・取扱い方法	2時間以上			
	3. フォークリフトの運転に必要な力学	1時間以上			
	4. 関係法令	1時間以上			
実 技	1. フォークリフトの走行の操作	4時間以上			
	2. フォークリフトの荷役の操作	2時間以上			

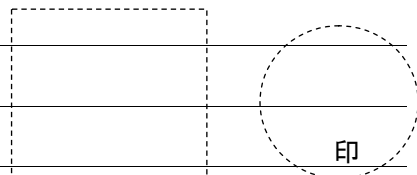
当社は標記の者に対し、労働安全衛生法第59条第3項及び安全衛生特別教育規程第7条に基づき、最大荷重1トン未満のフォークリフト運転業務特別教育を上記の通り実施したことを証明します。

証明者 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会社名 _____

住所 _____

代表者名 _____



II. 運転業務経験証明

(最大荷重が1トン未満のフォークリフトの運転は特別教育修了後に可能となります)

運転従事期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ ヶ月間)
(自動車運転免許がある方は、3ヵ月以上、自動車運転免許がない方は6ヵ月以上の経験を有すること)

従事場所 会社名 _____

所在地 _____

使用機械(1トン未満のフォークリフトを記入)

メーカー名 _____ 最大荷重 _____ kg

形式 _____ 機体番号 _____

(運転従事期間中に上記フォークリフトを占有していたことを証明するため、特定自主検査表のコピーを必ず添付してください。借用車の場合は、契約書・請求書等の貸出先・期間が解る書類も添付してください。)

当社は標記の者が、上記の期間、上記のフォークリフトの運転の業務に従事していたことを証明します。

証明者 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会社名 _____

住所 _____

代表者名 _____

