

フォークリフト運転技能講習仮予約申込書

事業場	名 称		
	所在地 〒		
受講者氏名			TEL () -
			担当者名
受講希望月	月	受講希望 実技会場	FAX () -
			連絡先

年 月 日

公益社団法人 建設荷役車両安全技術協会 大阪府支部 御中
TEL06-6944-6611 FAX 06-6944-6612