

テールゲートリフター操作業務の特別教育 受講申込書

株式会社アジマ自動車学校 ドライビングアカデミー

FAX番号: 0265-49-8414

受講日 (西暦)		年	月	日	コース	5時間・6時間 ※どちらかに○	
受講者	フリガナ				性別	生年月日 (西暦)	年齢
	氏名				男	年	月
					女		
	住所						
TEL	- -						
会社	名称				担当者		
	住所	〒 (-)					
	TEL	- -			FAX	- -	
支払方法		現金 振込 ※どちらかに○			現金の場合は当日お支払いください 振込の場合は受講日より7日前までにご入金ください。		

(申請書) ※一部免除の方 (5時間コース) のみ記入
 下記の者は、荷を積み卸す作業を伴うテールゲートリフターの操作の業務に6か月以上従事した経験を証明します
 年 月 ~ 年 月

(事業者証明) 上記の実務経験に相違ないことを証明します。(年 か月)
 (事業所名)
 (事業所代表者氏名・押印) ⑩
 年 月 日 アジマ自動車学校 殿

※記載事項に虚偽があった場合、法律に基づく 受講者氏名
 処罰があっても異議申し立て致しません。

免許証コピー 添付欄	免許証の裏面に記載がある場合は裏面のコピーをこちらに添付して下さい 個人情報取り扱い ご記入いただいた個人情報につきましては管理責任者を定め紛失や漏洩が発生しないよう努めます。上記の利用目的のみに使用し、第三者に提供することはありません。個人情報の取扱いに関するお問い合わせはアジマ自動車学校で承ります。
------------	--