第４０回全国フォークリフト運転競技大会群馬県予選会

参　加　申　込　書

【 開催日：令和７年７月２６日(土) 】

参加部門	□ 一般の部　　□ 女性の部　　※□にレ点を付して下さい。			
ふりがな		性別	修了証番号	第　　号
氏　　名		男 女		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		交付年月日	年　　月　　日
現住所	〒　　－ Tel　　－　　－			
所属事業場名	所在地	〒　　－		
	名　称			
	連絡先	担当者氏名 Tel　　－　　－　　Fax　　－　　－		
無事故証明欄	上記の者は、フォークリフト及び自動車の運転について過去１年間（人身事故については過去３年間）無事故であることを証明します。 事業場名 代表者役職・氏名　　㊞			

【 開催日：令和７年６月２８日(土) 】

事前練習会	□ 参　加 □ 不参加　　※□にレ点を付して下さい。

※ 練習会の詳細は後日ご連絡します。

申込日　令和７年　　月　　日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会群馬県支部長　殿

※ 必ずフォークリフト運転技能講習修了証（表裏両面）のコピーを添付して下さい。
※ 記載された個人情報は本予選会及び全国大会の実施にのみ使用いたします。