

テールゲートリフター特別教育受講申込書

株式会社 中央バス自動車学園
技能講習センター長 殿

- ・太枠内のみ、黒ボールペンでもれなく記入してください。(消えるボールペンは厳禁です)
- ・誤記入は二重線で訂正し、押印してください。(修正液等は厳禁です)



申込日	20 年 月 日			確認	受講料 ¥	領収証	会社名	個人名
受講希望日	20 年 月 日				入金区分	現金	クレジット	
受講コース (コースを選択し○を付けてください)	6時間	4.25時間 (一部免除)	4時間 (学科のみ)	※学科受講済証明書を発行 ※実技は所属事業所等で実施		振込	ローン	
フリガナ				性別	男・女	カード会社名		
氏名	⑩			旧姓又は通称 (修了証に併記希望の方のみ記入)		◆本人確認書類		
生年月日	(西暦)	年	月	日生	(満)	歳	自動車運転免許証	
住所	(郵便番号)	都・道 府・県	市 郡	区 町		住民票	その他()	
連絡先	携帯	-	-	自宅	-	-		
勤務先	名称 (会社名等)				電話番号	-	FAX番号	-
免除要件	2024年1月31日以前に荷を積み卸す作業を伴うテールゲートリフターの操作業務を6か月以上従事した経験を有する方 (以下の事業者証明が必要となります)							
業務経験等事業者証明	主に操作したテールゲートリフター	実務経験期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日					
		メーカー名						
		型式						
		最大許容リフト荷重						
		所有者						
受講申込日をもって、上記の記載事項に相違ないことを証明します								
所在地		郵便番号()						
事業者(会社名)								
代表者名		⑩						

修了証番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

ID発行者	売上計上者	入金確認者	初日処理者
/	/	/	()

実施管理者	受付入力者	受付者