

別添 1

令和 7 年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会

福 井 県 支 部 長 殿

事業所名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

第40回フォークリフト運転競技福井県大会出場申込書

★ 部門を選択してください。

★ フォークリフト運転技能講習修了証のコピーを添付して下さい。

部 門	ふりがな 選手氏名	生年月日	修了証の発行機関	修了証の交付 年月日及び番号
一般の部	ふりがな	(昭和・平成)		交付 年 月 日 番号
女性の部				
一般の部	ふりがな	(昭和・平成)		交付 年 月 日 番号
女性の部				
一般の部	ふりがな	(昭和・平成)		交付 年 月 日 番号
女性の部				

※この個人情報は、本大会のみに利用します。