

※受付番号 第 号 ※は自動車学校記入欄

申込日	※ 令和 5 年 月 日	開催日	※ 令和 5 年 月 日	実施分	資格確認印
-----	--------------	-----	--------------	-----	-------

受講申込書

フリガナ		性別	生年月日		
受講者氏名	Ⓜ	男・女	昭和 平成	年 月 日	( 歳)
住所連絡先	〒 -				
	電話番号( - - )		携帯番号( - - )		
勤務先名					
勤務先住所	〒 -				
	電話番号( - - )		FAX番号( - - )		
受講講習	<input type="checkbox"/> 市町村運営有償運送等運転者講習 <input type="checkbox"/> 福祉有償運送運転者講習 <input type="checkbox"/> セダン等運転者講習		テキストの有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 介護福祉士・訪問介護員(介護職員初任者研修、訪問介護員養成研修等)・居宅介護職員初任者研修・行動援護従業者要請研修・ガイドヘルパー・その他( ) ※当日、資格者証(コピー)をお持ちください。				

運転免許証コピー添付

貼り付け欄 (白黒可)	裏面
----------------	----

過去2年間の交通違反等の経歴

交通違反等の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	違反等の月日	平・令 年 月 日頃
違反等の内容	<input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 酒酔い・酒気帯び <input type="checkbox"/> 速度超過		
	<input type="checkbox"/> シートベルト <input type="checkbox"/> 一時不停止 <input type="checkbox"/> その他( )		
停止・取消の有無	<input type="checkbox"/> あり (欠格期間 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> なし		

※ 受講申込書に記入された個人情報に係る事項は、本講習の事務処理、今後の開催要項のご案内等に使用し、以外に関することには使用いたしません。

取扱者印