

受講申込書

申込日 令和 年 月 日
 受講開始日 令和 年 月 日

公益財団法人大阪タクシーセンター 殿
 TEL: 06-6933-5616

FAX: 06-6933-5612

事業者名 _____ (営業所 _____) 担当者名 _____

【受講種別 (受講する講習又は研修を選択してください)】

<input type="checkbox"/> 新規講習(3日間)	<input type="checkbox"/> 新規講習(地理1日間)	<input type="checkbox"/> 命令講習(2日間)
<input type="checkbox"/> バリアフリー研修(1日間)	<input type="checkbox"/> 現任研修(2日間)	<input type="checkbox"/> 自主研修(1日間)

【受講者情報 (下記項目を記入してください)】

ふりがな	(姓) _____ (名) _____	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ (満 _____ 歳)
氏名	_____	<input type="checkbox"/> 女	_____	_____
現住所	_____			
免許証番号	_____			
タクシー乗務経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 事業者名 _____			乗務経験年数 約 _____ 年

受付年月日	_____	番	所長	取扱者	_____
令和 年 月 日	_____	_____	_____	_____	_____

【 学籍簿 】

日次	科目	時限	1 2 3 4 5 6 7							講習修了証交付年月日		
										年 月 日	年 月 日	
一	担当											
二	担当											
三	担当											
効果測定	科目	補講	再測定								受領スタンプ	
	担当											
備考	_____								一種	二種	手引き	UD
この個人情報については、センター内での使用に限ります。												

※ 施設内の受講者の駐車・駐輪はお断りしています。公共交通機関をご利用ください。