

研修受講申込書

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

【研修種別 (受講する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)

【受講生情報 (下記項目を記入してください)】

心	り	が	な	(姓)	(名)	男	生年月日	昭和	年	月	日
氏	名	名	名	名	名	女		平成			
現住所											
免許証番号											
タクシー乗務経験 無・有→ 事業者名								乗務経験年数 約 年			

受付年月日	番
令和 年 月 日	

所長	取扱者
----	-----

【学籍簿】

研修	一日目	時限	1	2	3	4	5	6	7	講習修了証交付年月日		
		科目									年	月 日
		担当								修業書交付年月日		
										年	月 日	
	二日目	時限	1	2	3	4	5	6	7	効果測定		
		科目									合格	不合格
		担当										
	三日目	時限		1	2	3	4			再測定		
		科目	試験	効果測定	バリアフリー	バリアフリー	バリアフリー			合格	不合格	
		担当										
	効果測定	時限			補講	補講	補講	再測定	受領スタンプ			
		科目	効果測定採点	効果測定発表								
		担当										
申込書	備考	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								手引き	UD	