

# 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)

大阪府B	<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)

## 【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					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									
	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								再測定	
										合格 不合格	
	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								受領スタンプ	
		科目	効果測定 採点	効果測定 発表	補講	補講	補講	再測定			
		担当									
申込書	備考									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									