

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）】

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									
令和 年 月 日	番	所長	取扱者						

【 学籍簿 】

/	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
	担当										
/	三 日 目	時限	1	2	3	4	5	6	7	受領スタンプ	
		科目	効果測定	バリアフリー	バリアフリー	バリアフリー					
	担当										
効果測定	科目	補講	補講	補講	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。