

★太枠の中をきれなくご記入の上、FAXでお申込ください★ FAX:0156-64-6509

有償運送運転者講習(福祉・セダン) お申込書

申し込み日	平成	年	月	日						
講習希望日	平成	年	月	日	()	※事務処理欄				
						受付番号				
						受付日	平成	年	月	日
フリガナ										性別
受講者氏名										男・女
受講者住所	〒									
	TEL:					FAX:				
生年月日	昭・平	年	月	日	年齢	満 歳				
団体名	担当者:									
団体連絡先	〒									
	TEL:					FAX:				
法人種別	NPO法人 社会福祉法人 株式会社 有限会社 医療法人 その他()									

★以下の質問にも必ず答えてください。該当する□に✓をつけて下さい。

福祉に関する 免許・資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー()級 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし									
二種免許所持	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大型二種 <input type="checkbox"/> 中型二種 <input type="checkbox"/> 普通二種									
免許経歴状況	<input type="checkbox"/> 免許停止有り(過去2年以内) <input type="checkbox"/> 免許停止無し(過去2年以内)									
講習受講状況	<input type="checkbox"/> 初めて受講 <input type="checkbox"/> 以前にも受講()にて受講									

免許証コピー欄 おもて面を貼り付けて下さい	免許証コピー欄 うら面を貼り付けて下さい
--	---

○受講料お支払い情報

受講料	15,000円	テキスト代	1,500円(別途)	お振込み予定日 平成 年 月 日
お振込名	※入金確認のため、お振込名はカタカナでご記入ください。			
領収書	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (宛名 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体)			



(株)新得モータースクール

〒081-0005 北海道上川郡新得町本通北6丁目17

TEL:0156-64-6111

FAX:0156-64-6509