

出張認定講習申込書 **FAX 017-771-4207**

受講者氏名	(氏名) (ふりがな)
	(生年月日) 昭和・平成 年 月 日生・満 歳 (性別) 男・女
受講者連絡先	(自宅住所) 〒
	下記の中からお都合のよい連絡先を1つ○で囲み、記入してください 自宅電話・自宅FAX・携帯電話・E-mail ()
受講する講習の種別	<input type="checkbox"/> A 福祉有償運送運転者講習 (受講料 16,000 円) <input type="checkbox"/> B セダン等運転者講習 (受講料 4,000 円)
取得している資格と免許 必ずご記入ください 該当する箇所を○で囲んでください。	介護系資格 介護福祉士・訪問介護員(級)・居宅介護従業者 介護職員 <input type="checkbox"/> 基礎・ <input type="checkbox"/> 初任者・ <input type="checkbox"/> 実務者 研修修了 看護師・准看護師・助産師 (取得している上位の資格を○で囲んで下さい)
	自動車免許 1種 <普通 / 準中型 / 中型 / 大型> ・ 2種 <普通 / 中型 / 大型>
	<input type="checkbox"/> 介護系資格なし <input type="checkbox"/> 自動車免許なし
運転免許証	有効期限 平成 (または令和) 年 月 日まで有効

※ 申込書は、受講者ご本人が直筆でご記入ください。受講者の個人情報は、本講習の管理以外には使用いたしません ※

免許証のコピー
おもて面を貼り付けてください

免許証のコピー
うら面を貼り付けてください

講習希望日 年 月 日 () 実施場所 下記団体連絡先住所地で実施希望

(別の場所で講習をご希望の場合は、こちらにご記入ください。)
(住所) (建物の名称)

仮受付書・受講確認書 送信先FAX番号 () ← 必ずご記入下さい
申込み事業所名

所属団体名	許可または登録した法人格と法人名 (法人・会社) <small>法人名</small>
	団体・事業所名
団体連絡先	(住所) 〒
	(TEL) () - (FAX) () -