

運転管理者等指導講習 基礎講習受講申込書

令和 年 月 日

中越自動車学校 殿

受講希望日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
-------	---------------------

事業者様について（該当する□にレ（チェック）を入れて下さい。）

事業の種類	事業用(<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> バス) 自家用(<input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> 旅客 <input type="checkbox"/> 個人)		
フリガナ			
事業者名			
ご住所			
お申込責任者			
電話番号		FAX 番号	

受講されるご本人様について

ふりがな		生年月日 昭和・平成
氏名・性別	男・女	年 月 日
連絡先（携帯電話等）		
運行管理者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	第 号
運転管理者試験センターへの報告（受験される方）	<input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない	
現役の役職	<input type="checkbox"/> 運行管理者（実務経験 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満） <input type="checkbox"/> 補助者	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
受講目的	<input type="checkbox"/> 運転管理者試験受験資格取得 <input type="checkbox"/> 補助者になるため	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

お申し込みについて

- ・開催日を確認の上記入し、必要事項を記入後 FAX 又は郵送にてお申し込み下さい。
- ・定員になり次第締め切ります。（満員の場合は予約受付欄に「満員」と記入します。）
- ・予約を受けましたら押印して返送いたします。予約受付印の無い物は無効です。
- ・当日必ず返信された用紙をお持ち下さい。

連絡先 中越自動車学校 〒940-1139 新潟県長岡市高島町 780 番地 TEL 0258-22-2336 担当 竹澤
--

予約受付欄
(予約確定印)

FAX 番号 0 2 5 8 - 2 2 - 2 3 3 7