

一 般 講 習 受 講 予 約 申 込 書

令和 年 月 日

R45・日の出自動車学校

(ふりがな)

事業所名 \_\_\_\_\_

営業所名 \_\_\_\_\_

事業所又は営業所の住所  
\_\_\_\_\_

申込責任者 \_\_\_\_\_

連絡先 (TEL) \_\_\_\_\_

(FAX) \_\_\_\_\_

事業の種類 (○印をする)	バス	ハイ・タク	トラック (貨物軽運送事業含む)	その他 ( )
------------------	----	-------	---------------------	------------

※該当するものを○で囲んで下さい。

(ふりがな) 受講者氏名 (生年月日)	現在の職名 (選任届済)	運行管理者 実務経験	受講を希望す る事業の種類	受講希望日
( ) ( S・H 年 月 日)	運行管理者 補助者 その他	1年未満 1年以上 なし	旅客 貨物	月 日 ~ 月 日
( ) ( S・H 年 月 日)	運行管理者 補助者 その他	1年未満 1年以上 なし	旅客 貨物	月 日 ~ 月 日
( ) ( S・H 年 月 日)	運行管理者 補助者 その他	1年未満 1年以上 なし	旅客 貨物	月 日 ~ 月 日
( ) ( S・H 年 月 日)	運行管理者 補助者 その他	1年未満 1年以上 なし	旅客 貨物	月 日 ~ 月 日
( ) ( S・H 年 月 日)	運行管理者 補助者 その他	1年未満 1年以上 なし	旅客 貨物	月 日 ~ 月 日

送信先 FAX 022-283-9779

実施機関 : R45・日の出自動車学校 担当 企業講習班 022-283-9777