別紙２－１

基 礎 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	受講の目的 運行管理者試験 受験の有無	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	受検する 受験しない （補助者資格取得）	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	受検する 受験しない （補助者資格取得）	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	受検する 受験しない （補助者資格取得）	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	受検する 受験しない （補助者資格取得）	旅客 貨物	月　日 ～ 月　日

※運行管理者試験受験資格確認事務の円滑化のために当校が運行管理者試験センターの受講修了者名簿を提供することに同意されますか　□同意する　□同意しない

同意される方の署名欄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（複数名の場合は裏面へ署名願います）

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