

研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日
 受講開始日 令和 年 月 日

公益財団法人大阪タクシーセンター 殿
 TEL : 06-6933-5616 FAX : 06-6933-5612

事業者名 (営業所) 担当者名

研修種別(受講する研修を選択 (☑印) してください)

新規講習(3日間)	新規講習(地理1日間)	命令講習(2日間)
バリアフリー研修(1日間)	<input type="checkbox"/> 現任研修(2日間)	自主研修(1日間)

【受講生情報 (下記項目を記入してください)】

ふりがな	(姓)	(名)	性別	生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月日	<input type="checkbox"/> 平成	(満	歳)		
現住所									
免許証番号									
タクシー乗務経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	事業者名						乗務経験年数 約	年

受付年月日	番	所長	取扱者
令和 年 月 日			

【学籍簿】

研修	一 日 目	時限	1	2	3	4	5	6	7	講習修了証交付年月日		
		科目									年 月 日	
		担当									修業書交付年月日	
	二 日 目	時限	1	2	3	4	5	6	7	効果測定		
		科目									合格	不合格
		担当										
	三 日 目	時限		1	2	3	4			再測定		
		科目	試験	効果測定	バリアフリー	バリアフリー	バリアフリー				合格	不合格
		担当										

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

効果測定	時限			補講	補講	補講	再測定	受領スタンプ
	科目	効果測定採点	効果測定発表					
	担当							

申込書	備考	手引き	UD
この個人情報については、センター内での使用に限ります			