

自主(バリアフリー)研修受講申込書

受講日 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

一般社団法人全大阪個人タクシー協会

(ふりがな) 受講者氏名		年齢	生年月日		
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			
氏	名	才	昭和 平成	年	月 日生
大阪A地域・大阪B地域・他の単位地域()		組合支部名			