

受講申込書

申込日 _____年____月____日

受講開始日 _____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

【受講種別 (受講する講習又は研修を選択してください)】

大阪府 A	<input type="checkbox"/>	新規講習 (3日間)	<input type="checkbox"/>	オンライン新規講習 (3日間)	<input type="checkbox"/>	新規講習 (地理1日間)	
	<input type="checkbox"/>	命令講習 (2日間)	<input type="checkbox"/>	バリアフリー研修 (1日間)	<input type="checkbox"/>	現任研修 (2日間)	<input type="checkbox"/>

【受講者情報 (下記項目を記入してください)】

ふりがな	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日	免許種類 一種	
氏名			<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成 (満 _____歳)		
現住所						<input type="checkbox"/>	二種
免許証番号						<input type="checkbox"/>	
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】

/	一 日 目	時限	1	2	3	4	5	6	7	講習修了証交付年月日
		科目								
	担当									修業書交付年月日
										年 月 日
/	二 日 目	時限	1	2	3	4	5	6	7	効果測定
		科目								
	担当									合格
										不合格
/	三 日 目	時限		1	2	3	4			受領スタンプ
		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			
	担当									
効果測定	科目	補講	再測定							
	担当									
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。										