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

【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Ｂ	□	新規講習（３日間）	□	オンライン新規講習（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）		

【受講者情報（下記項目を記入してください）】

ふりがな	(姓)	(名)	□ 男	生年月日	□ 昭和＿＿年＿＿月＿＿日	免許種類
氏　　名			□ 女		□ 平成　（満 ＿＿＿歳）	一種 □
現住所						二種 □
免許証番号						□
タクシー乗務経験	□ 無 □ 有→事業者名				乗務経験年数 約　　年	

受付年月日					
令和　　年　　月　　日	番	所長		取扱者	

【 学籍簿 】

／	一日目	時限	1	2	3	4	5	6	7
		科目							
		担当							
／	二日目	時限	1	2	3	4	5	6	7
		科目							
		担当							
／	三日目	時限	1	2	3	4			
		科目	効果測定	ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ	ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ	ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ			
		担当							
	効果測定	科目	補講	補講	補講	補講	再測定		
		担当							

講習修了証交付年月日
年　　月　　日
修業書交付年月日
年　　月　　日

効果測定	
合格	不合格

受領スタンプ

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。

○ 施設内の受講者の駐車・駐輪はお断りしています。　公共交通機関をご利用ください。

Ｒ６．10