

# 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(太枠内記入と該当事項への☑印をお願いします。)

<input type="checkbox"/>	新任研修 大阪府B	<input type="checkbox"/>	新任講習 大阪府B	<input type="checkbox"/>	命令講習	<input type="checkbox"/>	地理研修 (3時間) 大阪府B	<input type="checkbox"/>	自主(バリア フリー)研修
--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------

ふりがな			性別	生年	☐ 昭和	年	月	日	
氏名			☐ 男性	月日	☐ 平成			(満 歳)	
現住所									
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		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	訓育								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	5	6	7	再測定		
		科目									合格	不合格
		担当										
	四 日 目	時限	1	2	学科試験	地理試験						
		科目	地理2	地理3								
		担当										
効果測定	時限	効果測定終了後		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。					