

国土交通大臣許可講習

「福祉有償運送運転者講習」申込書

講習の日程：平成 年 月 日()

団体名： _____

団体住所： _____

連絡先電話番号： _____

連絡先FAX番号： _____

① 受講者名簿

修了証の作成に使用しますので、**旧字体等の情報は正確**にお願いいたします。

	氏名	生年月日	保有資格(□に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします)
1			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
2			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
3			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
4			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
5			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
6			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
7			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
8			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
9			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他
10			<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他

② 領収書の宛名 (□に チェックをお願いします)

- 上記のお申込 **法人様宛** を希望
- 個人宛** を希望

ご送付頂いた個人情報、講習関連事項の連絡、修了証の発行の目的に使用し、それ以外には使用いたしません。

お支払い方法等の詳細はお申し込み確認後、ご連絡いたします。まずはお申し込みください。

キャンセルの場合は前日までをお願いします。当日キャンセルの場合は受講料金の半額を頂きます。

受講前に後日送付する「演習問題」を行なっていただきますので、郵送の関係上、開講日の1週間前までにはお申込みください。



FAX送付先：029-229-7092

※ 講習の日の1週間前までにはお申込みください。

福祉有償運送講習係 宛