|  |
| --- |
| 申込締切：１０月１０日(木)迄 |

(公社)青森県トラック協会　宛て

ＦＡＸ：０１７－７２９－２２６６

**令和６年度 初任運転者特別指導教育　受講申込書**

|  |
| --- |
| 受付完了 |
| 受領印を押してファックスで返信します |

事業者名　　：

支店営業所名：

連絡先担当者：

ＴＥＬ　　　：

ＦＡＸ　　　：

・青森会場／10月17日(木)～10月18日(金)　 県トラック協会研修センター2階大研修室

・八戸会場／10月23日(水)～10月24日(木)　 県トラック協会三八地区研修センター

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 受講会場 |
| 氏名 |  | 西暦 | 年　　月　　日(　　才） |  | 青　森 |
|  | 八　戸 |
| 採用年月日 | 事業用自動車運転歴 | 初任適性診断 |
| 西暦 | 年　月　日 | なしあり（　　年　　ヶ月前） | 受診済未受診 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 受講会場 |
| 氏名 |  | 西暦 | 年　　月　　日(　　才） |  | 青　森 |
|  | 八　戸 |
| 採用年月日 | 事業用自動車運転歴 | 初任適性診断 |
| 西暦 | 年　月　日 | なしあり（　　年　　ヶ月前） | 受診済未受診 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 受講会場 |
| 氏名 |  | 西暦 | 年　　月　　日(　　才） |  | 青　森 |
|  | 八　戸 |
| 採用年月日 | 事業用自動車運転歴 | 初任適性診断 |
| 西暦 | 年　月　日 | なしあり（　　年　　ヶ月前） | 受診済未受診 |

※１．修了証明書に記載しますので正確に記入または該当するものに○をしてください。

※２．事業用トラックドライバー研修テキスト（全ト協制作）を必ず持参ください。

※３．初任適性診断を受診済みの方は診断書のコピーを持参ください。