

(公社)青森県トラック協会 宛て
FAX : 017-729-2266

申込締切 : 10月22日(木)迄

令和2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 _____ :

日時場所 : 10月27日(火)～29日(木) 青森県トラック協会研修センター

1	フリガナ		生年月日
	氏名		S H 年 月 日(才)
	採用年月日		事業用自動車運転歴
	H R 年 月 日	なし あり (年 ヶ月前)	

2	フリガナ		生年月日
	氏名		S H 年 月 日(才)
	採用年月日		事業用自動車運転歴
	H R 年 月 日	なし あり (年 ヶ月前)	

3	フリガナ		生年月日
	氏名		S H 年 月 日(才)
	採用年月日		事業用自動車運転歴
	H R 年 月 日	なし あり (年 ヶ月前)	

※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)を必ず持参下さい。

中止の場合は、事前にご連絡いたします。