|  |
| --- |
| 込締切：開催日５日前迄 |

 (公社)青森県トラック協会　宛て

ＦＡＸ：０１７－７２９－２２６６

令和３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　　　：

受講会場 　・八戸会場　／４月２２日（木）～２３日（金）県トラック協会三八地区研修センター

 に○印　　・青森会場　／４月２６日（月）～２７日（火）県トラック協会研修センター

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | Ｓ | 年　　月　　日(　　才） |
| Ｈ |
| 採用年月日 | 事業用自動車運転歴 | 初任適性診断 |
| Ｈ | 年　　月　　日 | なしあり（　　　年　　　ヶ月前） | 受診済未受診 |
| Ｒ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | Ｓ | 年　　月　　日(　　才） |
| Ｈ |
| 採用年月日 | 事業用自動車運転歴 | 初任適性診断 |
| Ｈ | 年　　月　　日 | なしあり（　　　年　　　ヶ月前） | 受診済未受診 |
| Ｒ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | Ｓ | 年　　月　　日(　　才） |
| Ｈ |
| 採用年月日 | 事業用自動車運転歴 | 初任適性診断 |
| Ｈ | 年　　月　　日　 | なしあり（　　　年　　　ヶ月前） | 受診済未受診 |
| Ｒ |

※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。

※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下さい。

中止の場合は、事前にご連絡いたします。