

都城市福祉有償運送サービスネットワーク事務局 秋田宛
 令和元年度 福祉有償運送サービス運転従事者養成講習 受講申込書

FAX 番号 0986-26-0333

(番号はお間違えのないようにご注意ください)

申 込 日		令和元年 月 日		
所属団体名		(担当者名)		
所属団体住所		〒		
		TEL	FAX	
受 講 者 名	優先 順位	ふりがな	性別	生年月日 (年齢)
				S・H 年 月 日生 (歳)
				S・H 年 月 日生 (歳)
				S・H 年 月 日生 (歳)
				S・H 年 月 日生 (歳)
				S・H 年 月 日生 (歳)
				S・H 年 月 日生 (歳)

※ ふりがな等は必ずご記入ください。

※ 記載された内容については、本講習の目的以外には使用しません。