

# 【福祉有償運送運転者講習受講申込書】 ※送付書不要

TEL \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

(担当者: \_\_\_\_\_)

FAX \_\_\_\_\_

1	氏名(ふりがな)		性別	住所	電話番号
			男・女		
	生年月日	自動車免許種別 ※2種を所持の方は受講の必要ありません		免許の経歴 (過去2年以内に免許停止)	福祉関係の資格名(例:介護福祉士)
	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> AT限定		有・無	
2	氏名(ふりがな)		性別	住所	電話番号
			男・女		
	生年月日	自動車免許種別 ※2種を所持の方は受講の必要ありません		免許の経歴 (過去2年以内に免許停止)	福祉関係の資格名(例:介護福祉士)
	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> AT限定		有・無	
3	氏名(ふりがな)		性別	住所	電話番号
			男・女		
	生年月日	自動車免許種別 ※2種を所持の方は受講の必要ありません		免許の経歴 (過去2年以内に免許停止)	福祉関係の資格名(例:介護福祉士)
	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> AT限定		有・無	
4	氏名(ふりがな)		性別	住所	電話番号
			男・女		
	生年月日	自動車免許種別 ※2種を所持の方は受講の必要ありません		免許の経歴 (過去2年以内に免許停止)	福祉関係の資格名(例:介護福祉士)
	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> AT限定		有・無	
5	氏名(ふりがな)		性別	住所	電話番号
			男・女		
	生年月日	自動車免許種別 ※2種を所持の方は受講の必要ありません		免許の経歴 (過去2年以内に免許停止)	福祉関係の資格名(例:介護福祉士)
	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> AT限定		有・無	

※申込書の「氏名」「生年月日」の記載に誤りがある場合には、当日修了証の発行ができないため記入の際には、免許証等の確認をお願いします。

※別途、事務手続き等の都合により、決定通知書が必要な方は申込みの際にお知らせ下さい。

※受験者個人を識別できる(受講者氏名、住所、生年月日)の情報を「個人情報」とします。

※個人情報は下記の目的に使用させていただきます。

①重大事故発生時における国土交通省からの受験内容の照会

※ご提供いただいた個人情報は、個人情報が必要であることを確認した時点で、およびその後当団体が必要と判断する一定月数を含めた期間において、第三者がお客様の個人情報に触れないよう、適切な管理体制のもとに、当団体が保管いたします。受講者ご本人から、個人情報の開示、修正または削除のご依頼があったときは、すみやかに開示、修正、又は削除をいたします。

社会福祉法人 鯉ヶ沢町社会福祉協議会 行