

出張認定講習【市町村等】申込書 **FAX 017-771-4207**

受講者氏名	(氏名) (ふりがな)
	(生年月日) 昭和・平成 年 月 日生・満 歳 (性別) 男・女
受講者連絡先	(自宅住所) 〒
	下記の中からお都合のよい連絡先を1つ○で囲み、記入してください 自宅電話・自宅FAX・携帯電話・E-mail ()
取得している 運転免許証	※ 下記の各項目のうち、該当する部分を○で囲んでください ※ 普通1種 ・ 準中型1種 ・ 中型1種 ・ 大型1種 普通2種 ・ 中型2種 ・ 大型2種
	AT車限定の場合は下の欄を○で囲んでください AT車限定
運転経歴	過去2年以内の免許停止処分 (あり ・ なし)
運転予定の車両	普通車 (定員10名以下) ・ マイクロバス (定員11名以上) ・ 福祉車両 (分かっている方だけで結構です)

免許証のコピー
おもて面を貼り付けてください

※ FAXする際に、はがれないようにしっかり貼り付けてください。

免許証のコピー
うら面を貼り付けてください

[個人情報の取り扱いについて]

- 受講者個人を識別できる受講者氏名、住所、生年月日、電話番号、メールアドレスの情報を「個人情報」とします。
- 個人情報は次の目的に使用させていただきます。
 - 当団体からの郵便物の発送
 - 重大事故発生時における国土交通省からの受講内容の照会
- ご提供いただいた個人情報は、個人情報が不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、第三者が受講者の個人情報に触れないよう適切な管理体制の下に当団体が保管します。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、速やかに開示、修正、または削除します。

上記の各事項をお読みの上、ご署名をお願いします。 (受講者署名) 同意します _____

講習希望日 実施場所 下記団体連絡先住所地で実施希望

(別の場所で講習をご希望の場合は、こちらにご記入ください。)
(住所) (建物の名称)

所属団体名	79条登録をした団体名
	担当部署・事業所名 担当者名
団体連絡先	住所 (〒 -)
	電話 FAX

※「仮受付書」「受講確認書」は、上記に記載のFAX番号に送信します。必ずご記入ください (2019.5.1)