|  |
| --- |
| 申込締切：６月１５日(木)迄 |

(公社)青森県トラック協会　宛て

ＦＡＸ：０１７－７２９－２２６６

**令和５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　　　：

・青森会場／６月２２日(木)～６月２３日(金)　県トラック協会研修センター２階大研修室

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | 生年月日 | | | 受講会場 |
| 氏名 | |  | | Ｓ | 年　　月　　日(　　才） | | 青　森 |
| 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 | | | 受講会場 |
| 氏名 | |  | | Ｓ | 年　　月　　日(　　才） | | 青　森 |
| 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 | | | 受講会場 |
| 氏名 | |  | | Ｓ | 年　　月　　日(　　才） | | 青　森 |
| 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。