

# 初任運転者等研修受講申込書

ふりがな		
事業所名		
営業所名		
住所	〒 ー	
連絡先	TEL	
	FAX	
申込責任者		

申込受付欄	
申込受付日	FAX返送日
月 日	月 日
申込受理印	

受講希望日	令和 年 月 日 から2日間
-------	----------------

1	受 講 者	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	S・H 年 月 日 ( ) 歳
	業務で運転される車の種類 (車両総重量等)	
2	受 講 者	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	S・H 年 月 日 ( ) 歳
	業務で運転される車の種類 (車両総重量等)	

株式会社 みゆき学園 交通安全教育センター (警友自動車学校)  
〒 885 - 0004 宮崎県都城市都北町7333番地 TEL 0986-38-1001

申込み送付先FAX番号 0986-38-0908