

# 認定講習受講予約申込書

滋賀県タクシー登録センター 様

平成 年 月 日

○ 必要事項を全て記入のうえ、FAXにてお申し込みください。  
 ○ 定員の関係により、変更の願いをする場合があります。  
 この申込書の送付先 FAX 077-584-3320  
 〒524-0104 守山市木浜町2298番地4 滋賀県トラック総合会館2F  
 滋賀県タクシー登録センター TEL 077-584-3310

会社名 \_\_\_\_\_  
 所在地 〒 \_\_\_\_\_  
 TEL ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_  
 担当者名 \_\_\_\_\_

受講希望日：平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )

ふりがな	受講する科目	
受験者の氏名 (生年月日)	4科目全て ( ) ※新規講習はこちらになります	次の科目のみ 接遇 ( ) ・ 地理 ( ) ・ 安全 ( ) ・ 法令 ( )
① (昭・平 年 月 日)	4科目全て ( )	接遇 ( ) ・ 地理 ( ) ・ 安全 ( ) ・ 法令 ( )
② (昭・平 年 月 日)	4科目全て ( )	接遇 ( ) ・ 地理 ( ) ・ 安全 ( ) ・ 法令 ( )
③ (昭・平 年 月 日)	4科目全て ( )	接遇 ( ) ・ 地理 ( ) ・ 安全 ( ) ・ 法令 ( )
④ (昭・平 年 月 日)	4科目全て ( )	接遇 ( ) ・ 地理 ( ) ・ 安全 ( ) ・ 法令 ( )
⑤ (昭・平 年 月 日)	4科目全て ( )	接遇 ( ) ・ 地理 ( ) ・ 安全 ( ) ・ 法令 ( )

※ 受講する科目を選んで ( ) 内に○印をご記入ください。

※ 受講希望日が水・木曜日の場合、前週火曜日の12時までにお申し込みください。(火・水の場合は前週月曜日の12時まで)