

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

令和 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：令和 年 月 日 () ~ 令和 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。