

## 企業運転研修申込書

貴社名	ふりがな						印
	ご担当部署名:				ふりがな		ご担当者名:
住所	〒						
連絡先	TEL: (受講者)			TEL: (貴社・ご担当者)			
	E-mail:			FAX:			
希 望	1 基本動作取得コース		5 運転診断 40分 コース (診断のみ)				
	2 実践コース		6 運転診断 2時限 コース (診断+是正)				
3 事故再発防止 2時限 コース		7 追加オプション (運転適性検査)					
4 事故再発防止 4時限 コース		8 補習コース ( ) 時限					
※希望コースに○印をご記入下さい。(複数コースをご計画の方は当校までご連絡ください)							
研 修 目 的	1 運転経験が少ないため		3 社員の運転レベルの確認のため				
	2 業務で運転している社員の再研修として		4 その他 ( )				
※該当欄に○印をご記入下さい。							
その他ご要望等ございましたらご記入下さい							
研修日時	年 月 日 ( ) 曜日 : ~ :						
受 講 者 名 氏	※受講者が4名以上の場合は別紙「企業運転研修 受講者名簿」をお使いください。						※社内使用欄
	氏 名		性 別	年 齢	乗車経験	研修車両	担当指導員
	1	ふりがな		歳	年	AT・MT	
	2	ふりがな		歳	年	AT・MT	
3	ふりがな		歳	年	AT・MT		
参加人数合計	名	研修料金合計(税込)		円	お支払予定日		月 日
振込名義	貴社名・受講者名・その他 ( )						
※研修キャンセル料について(予約のキャンセル・日時変更)							
・研修日前々日の午前10時以降に予約をキャンセルされる場合、キャンセル料金は研修料金の全額となります。							
※当校の免責事項について							
・研修中の受講生運転による事故。							
・研修車両は対人(無制限)、対物(2,000万円)までの自動車保険に加入しています。							

### 社内使用欄

< 備 考 欄 >	受 付 番 号

受付	送付書類	送付日	送付方法 (該当に○)	教習部 送付日	経 理		社 長	
	見 積 書	/	郵送・メール・FAX・不要		/	売掛入力		入金確認
	請 求 書	/	郵送・メール・FAX・不要					
	診 断 書	/	郵送・メール・FAX					

## 企業運転研修 受講者名簿

貴社名

No.	受講者氏名	性別	年齢	乗車経験	研修日	研修車両	※社内使用欄 担当指導員
4	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
5	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
6	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
7	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
8	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
9	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
10	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
11	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
12	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
13	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
14	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
15	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
16	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
17	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
18	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
19	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
20	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
21	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
22	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	
23	ふりがな		歳	年	月 日	AT・MT	

**参 加 人 数 合 計 名**

※受講者が4名以上の場合は「企業運転研修申込書」をご記入の上、本紙を添付してください。