

FAX: 045-391-1343

(二俣川自動車学校 行)

申込日

年

月

日

企業運転研修申込書

貴社名	印					
	ご担当部署名:		ご担当者名:			
住所	〒					
連絡先	TEL:		FAX:			
希望コース	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 運転初心者または運転経験が少ないため					
	2 運転経験があり、業務で運転している社員の再研修として					
	3 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						
ご希望日	年 月 日 () 曜日 : ~ :					
受講者名	※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。					
		氏名	性別	年齢	乗車経歴	研修車両
	1	ふりがな		歳	年 月	AT ・ MT
	2	ふりがな		歳	年 月	AT ・ MT
3	ふりがな		歳	年 月	AT ・ MT	
参加人数合計	名	研修料金合計	円	お支払予定日	月 日	
振込名義 (右よりお選び下さい)	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。						

社 内 使 用 欄

受付番号

担当指導員:

< 備 考 欄 >

受付	送付書類	発送日	発送シール	教習部 送付日	経理		社長
	見積書	/			売掛入力	入金確認	
	請求書	/					
	診断書	/		/			

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	備考
4	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
5	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
6	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
7	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
8	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
9	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
10	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
11	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
12	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
13	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
14	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
15	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
16	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
17	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
18	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
19	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
20	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
21	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
22	ふりがな		歳	年 月	月 日	AT・MT	
23	ふりがな		歳	年 月	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。