

FAX: 045-391-1343

(二俣川自動車学校 行)

申込日

年

月

日

二輪安全運転研修申込書

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 コ ー ス	1	二輪安全運転 2時限 コース		4	補習コース () 時限		
	2	二輪安全運転 3時限 コース		5	追加オプション (運転適性検査)		
	3	二輪運転診断 40分コース (診断のみ)					
※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「二輪安全運転研修 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	原・小・中・大 AT・MT	
	2	ふりがな		歳	年	原・小・中・大 AT・MT	
3	ふりがな		歳	年	原・小・中・大 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 (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。							
※研修中の事故、怪我について							
自己の不注意または過失による事故、落雷・強風等天災による事故等、研修中発生したいかなる事故において、傷害・後遺障害等、一切の賠償責任を貴校に請求致しません。							

社 内 使 用 欄

< 備 考 欄 >			受 付 番 号			
受付	送 付 書 類	発 送 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			

二輪安全運転研修 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	原・小・中・大 AT・MT	
5	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
6	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
7	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
8	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
9	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
10	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
11	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
12	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
13	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
14	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
15	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
16	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
17	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
18	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
19	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
20	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
21	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
22	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	
23	ふりがな		歳	年	月 日	原・小・中・大 AT・MT	

参 加 人 数 合 計 名

※受講者が4名以上の場合は「二輪安全運転研修申込書」をご記入の上、本紙を添付してください。