

講習・研修受講申込書

令和 年 月 日

くるめ研修センター 宛

TEL 0942-46-2151

FAX 0942-46-2161

会社名(団体名) _____ 印

住所 _____

担当者 部署 _____

_____ 役職

_____ 氏名

TEL _____ FAX _____

【受講希望講習・研修】 ★受講を希望される講習・研修名に○印をお付け下さい

講習・研修 名称	<input type="checkbox"/>	初任運転者特別講習	<input type="checkbox"/>	事故惹起運転者特別講習	
	<input type="checkbox"/>	運行管理者試験事前講習	<input type="checkbox"/>	安全推進研修	
	<input type="checkbox"/>	新入社員研修	<input type="checkbox"/>		
受講希望日	令和 年 月 日	参加人数	名	駐車場利用	台
その他 (ご質問等)					

【受講者名簿】 ★5名様以上の場合はコピーして下さい

NO	フリガナ 参加者氏名	年齢	職務	役職	備考
1					
2					
3					
4					
5					