

福祉有償運送運転者講習申込書

| | | | | |
|----------|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 参加者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | (男・女) | | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 生年月日 | S・H | 年 | 月 日 |
| 福祉に関する資格 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> その他(※看護師等) | | | |
| 受講の動機 | | | | |
| 免許経歴状況 | 免許停止(過去2年以内) | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | AT限定 <input type="checkbox"/> |

※全項目を記入してお申し込みください。

※お申込み時に、運転免許証のコピーをご提出ください。

| |
|---|
| 社会福祉法人 山武市社会福祉協議会 〒289-1306 山武市白幡1627 (山武市成東老人福祉センター内) TEL 0475-82-7102 FAX 0475-82-7318 (担当: 須田/渡辺) |
|---|