

受講申込書

平成 年 月 日

群馬県社会福祉協議会 地域福祉課 鈴木 あて

○問い合わせ先・申込先

TEL：027-255-6111

FAX：027-255-6444

E-mail vc@g-shakyo.or.jp

法人名 _____
 担当者名 _____
 連絡先住所 _____
 連絡先電話番号 _____
 連絡先FAX番号 _____

●法人の状況のいずれかに○を付け、許可書(登録書)のコピーを添付してください。

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| みなし法人(旧80条許可を取得した法人) | 福祉有償運送(福祉車両のみ使用) |
| | 福祉有償運送(セダン型車両の使用あり)(予定を含む) |
| 新規法人(新規登録した法人又は登録を希望する法人) | 福祉有償運送(福祉車両のみ使用) |
| | 福祉有償運送(セダン型車両の使用あり)(予定を含む) |

| | |
|---------------|--|
| ふりがな 受講者氏名 | |
| 実技会場の希望 | 第1希望会場(月____日の____自動車教習所) 第2希望会場(月____日の____自動車教習所) ※申込状況により希望に添えない場合もあります。 その場合には御相談させていただきます。 |
| 取得資格 | 1 ヘルパー(級) 2 介護福祉士 3 社会福祉主事 4 社会福祉士 5 精神保健福祉士 6 その他() |
| 運転歴 | 年 |
| 移送サービス運転歴 | 年 |
| 普段活動で使用している車種 | 車種() (リフト・芝・AT・MT) 車種() (リフト・芝・AT・MT) 車種() (リフト・芝・AT・MT) ※○を付けてください |

運転免許証のコピー貼付用紙

オモテ

ウラ

送付先 群馬県社会福祉協議会地域福祉課 担当 鈴木
〒371-8525
群馬県前橋市新前橋町 13-12
TEL 027-255-6111
FAX 027-255-6444