

受講申込書

令和2年 月 日

群馬県社会福祉協議会 地域福祉課 あて

○問い合わせ先・申込先

TEL：027-255-6111

FAX：027-255-6173

E-mail jyusan@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（または登録証）のコピーを必ず添付してください。

また、現在届け出中の団体につきましては、申請書（写）を添付してください。

第79条登録事業者	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)
第4条許可事業者	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 初任者研修 3 実務者研修 4 介護福祉士 5 社会福祉士 6 精神保健福祉士 7 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両	車種（ _____ ）（ リフト・ｽｰﾌﾟ・ﾁｬﾝｼﾞ ・ AT ・ MT ） 車種（ _____ ）（ リフト・ｽｰﾌﾟ・ﾁｬﾝｼﾞ ・ AT ・ MT ） 車種（ _____ ）（ リフト・ｽｰﾌﾟ・ﾁｬﾝｼﾞ ・ 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 群馬県住民参加型在宅福祉サービス団体連絡会
群馬県社会福祉協議会 地域福祉課(担当:伊井・草ヶ谷)
〒371-8525
群馬県前橋市新前橋町 13-12
TEL 027-255-6111
FAX 027-255-6173