



取手市社会福祉協議会 行

FAX 0297-73-7179

## 移送サービス運転者認定講習会 参加申込書

太枠内に記入ください。

申込日: 年 月 日

| 参 加 申 込 書             |                                                                    |                     |                                                                                                    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受講時期                  | 年 月 日・ 日                                                           |                     |                                                                                                    |
| フリガナ                  |                                                                    |                     |                                                                                                    |
| 氏名                    |                                                                    |                     |                                                                                                    |
| 性別                    | 男 ・ 女                                                              | 生年月日                | 年 月 日( 歳)<br>※ 67歳以下の方                                                                             |
| 自宅住所                  | 〒                                                                  |                     |                                                                                                    |
| TEL                   |                                                                    |                     |                                                                                                    |
| 保有運転免許種別<br>該当に レチェック | <input type="checkbox"/> 普通1種免許<br><input type="checkbox"/> 普通2種免許 | 保有介護資格<br>該当に レチェック | <input type="checkbox"/> 介護福祉士<br><input type="checkbox"/> ヘルパー資格<br><input type="checkbox"/> 他( ) |
| 運転歴(概算可)              | 年                                                                  | 福祉車両運転<br>経験        | あ り ・ な し                                                                                          |
| 普段運転されている<br>車種       |                                                                    | 移送サービス<br>経験        | あ り ・ な し                                                                                          |

既に団体等に所属している方は、下記項目も記入願います。

|       |   |     |  |
|-------|---|-----|--|
| 所属団体名 |   |     |  |
| 所在地   | 〒 |     |  |
| TEL   |   | FAX |  |

以下 記入しないで下さい。

受付チェック欄

|          |          |          |        |        |
|----------|----------|----------|--------|--------|
| 受講料      | 免許証コピー   | 窓口 ・ FAX | 受付No.: | 受付日: / |
| 受領済 ・ 当日 | 確認済 ・ 当日 |          |        |        |