

運行管理者一般講習受講申込書

令和 年 月 日

事業者名：

営業所名：

営業所の住所：

申込責任者：

連絡先 (TEL)

(FAX)

事業の種類 (該当するものに○)	バス	ハイ・タク	その他 ()
---------------------	----	-------	------------

フリガナ 受講者の氏名 (生年月日)	運行管理者 選任年月日	指導講習 手帳番号	前回の 受講日	受講希望 月 日
(昭・平 . .)	年 月 日	第 号	年 月 日	月 日
(昭・平 . .)	年 月 日	第 号	年 月 日	月 日

長崎自動車株式会社
安全教育センター行

FAX 送信先：095 - 833 - 4601