

▲
FAX 送付先 04-7193-3161

FAX 送信票 (柏市社会福祉協議会 沼南社会福祉センター 移動サービス担当行き)

柏市社会福祉協議会会長 宛て

柏市社協福祉有償運送運転者講習会受講申込書

<p>①希望する受講区分に ☑チェック</p>	<p><input type="checkbox"/> ① 福祉車両講習 受講日：10月27日(金)、28日(土)</p> <p><input type="checkbox"/> ② セダン等講習 受講日：10月27日(金)</p> <p><input type="checkbox"/> ③ セット講習(福祉車両+セダン等) 受講日：10月27日(金)、28日(土)</p>								
<p>②受講希望者氏名を記入</p>	<p>フリガナ</p> <hr/> <p>氏 名</p>								
<p>③生年月日、性別を記入</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30%;">昭和・平成</td><td style="width: 10%; text-align: center;">年</td><td style="width: 10%; text-align: center;">月</td><td style="width: 10%; text-align: center;">日</td><td style="width: 30%; text-align: right;">男 女</td></tr></table>	昭和・平成	年	月	日	男 女			
昭和・平成	年	月	日	男 女					
<p>④受講希望者が所属する 団体を記入 (所属の無い方は⑤へ)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">名 称</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td>〒</td></tr><tr><td>電話番号</td><td style="text-align: right;"><small>携帯電話可</small></td></tr><tr><td>FAX 番号</td><td></td></tr></table>	名 称		住 所	〒	電話番号	<small>携帯電話可</small>	FAX 番号	
名 称									
住 所	〒								
電話番号	<small>携帯電話可</small>								
FAX 番号									
<p>⑤所属する団体の無い方 又は自宅への連絡を 希望する方は記入</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">住 所</td><td>〒</td></tr><tr><td>電話番号</td><td style="text-align: right;"><small>携帯電話可</small></td></tr><tr><td>FAX 番号</td><td></td></tr></table>	住 所	〒	電話番号	<small>携帯電話可</small>	FAX 番号			
住 所	〒								
電話番号	<small>携帯電話可</small>								
FAX 番号									