

別紙

年 月 日

(一社)茨城県トラック協会 あて

FAX : 029-243-5936

安全運転中央研修所研修申込書

() 第1回 令和8年 5月9日(土)~10日(日)

() 第2回 令和8年 8月22日(土)~23日(日)

() 第3回 令和9年 2月13日(土)~14日(日)

(希望回に○をして下さい)

事業所名	
代表者名	⑩
申込担当者名	
事業所住所	〒
電話番号	TEL
FAX番号	FAX
フリガナ	
受講者氏名	
生年月日・性別・年齢	昭和 年 月 日生 男・女 歳 平成
所持免許(○で記入)	大型・中型・中型8t限定・準中型

(注意) 記入漏れのないようにお願い致します。※準中型5t限定は不可