

ケア輸送サポート運転者講習会

受講申込書

フリガナ				
氏名				
性別	男・女	生年月日	年 月 日	(歳)
住所	〒			
電話			FAX	
勤務先			電話	
所在地	〒			
受講証送付先	自宅		勤務先	
福祉関係資格				
テキスト				
運転歴	年	過去2年以内 運転免許の取消	有	無

<<申込方法>>

- I 「受講申込書」に記入の上、FAXにて下記までお送りください。
- II 性別・受講証送付先等については、○印をしてください。
- III 申込書受付後、受講票と入金案内を送付致しますので、ご確認の上、受講料の入金をお願いします。
- IV 申込人数が定員になり次第受付終了となりますので、ご了承ください。
- V お申込み・お問い合わせは下記までお願い致します。

<<お問合せ>>

〒891-0175 鹿児島市桜ヶ丘5丁目20番地7 ケア輸送サポート運転者講習会 株式会社 ハーネスケア 電話でのお問合せ時間 (09:00~18:00)
電話 099-821-0125 / FAX 099-204-0125
【WEB】 www.harnescare.com/