

九州トラック交通共済協同組合 御中  
(FAX:092-472-5888)

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

担当者連絡先 TEL \_\_\_\_\_

受講証明書送付先住所 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

## 特別指導講習会参加申込書

当社従業員(運転者)を特別指導講習会(初任運転者・事故惹起運転者)に参加させたく、下記の通り申し込み致します。

記

日 時	年 月 日 ( ) 10:00~17:30					
場 所						
受 講 者	運転者	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	年齢	入社年月日
	初任・惹起		男・女	年 月 日		年 月 日
	初任・惹起		男・女	年 月 日		年 月 日
	初任・惹起		男・女	年 月 日		年 月 日
	初任・惹起		男・女	年 月 日		年 月 日
	初任・惹起		男・女	年 月 日		年 月 日
※ 運転者・性別の該当する方に○をしてください ※ 開催日時・場所が変更になる場合はご連絡いたします。						
備 考	平成29年3月12日施行、指導監督の指針一部改正により、 ※初任運転者については15時間のうち実技を除いた全12項目を6時間実施します。 残りの少なくとも9時間は各組合員において車両を用いた指導をお願いします。 なお、安全運転の実技指導20時間は別途併せて実施してください。					
【お問い合わせ先】 九州トラック交通共済協同組合 安全推進部 TEL:092-451-7865 FAX:092-472-5888						