

年 月 日

九州トラック交通共済協同組合 行  
(FAX:092-472-5888)

事業所名

担当者名

電話番号

受講証明書送付先住所

〒

## 特別指導講習会参加申込書

※契約組合員以外の申込みはできません

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	生年月日	年齢	入社年月日
	初任・惹起		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日
	初任・惹起		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日
	初任・惹起		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日
	初任・惹起		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日
	初任・惹起		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日
※ 初任・惹起の該当する方に○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】 安全推進課 TEL:092-451-7865