FAX	福祉有償運送	2026年7月11日・12日運転者講習申し込み書	
ふりがな			事務局記入欄
氏　名			登録No.第九-
申込所属 団体連絡先	(住所)〒		
	電話　　ファクス		
所属団体名			
性別/年齢	男 ・ 女 ／生年月日　昭和・平成　年　月　日生　歳		
申込者自宅・連絡先	(住所)〒		
電話番号もご記入ください	電話　　ファックス		
免許を取得されてからの年数	年	運転活動年数	年
○印をつけてください			
免許の種類	(　)普通一種 (　)普通二種 (　)大型一種 (　)大型二種 (　)限定(オートマ)		
免許履歴	無事故無違反暦	(　)10年以上 (　)5年以上 (　)3年以上	
福祉資格	(　)看護師	(　)介護福祉士 (　)社会福祉士	(　)救命救急受講
	訪問介護員(ヘルパー)	(　)2級 (　)1級 (　)初任者研修 (　)実務者研修等	
実技講習時の希望車両 ※必ずご記入ください	車いす対応車種 乗降装置　の形式 車両の大きさ	(　) 大型(ハイエース/キャラバン) リフトつき車両	
		(　)軽自動車 ・スロープ付車両 (　)軽自動車 リフト車	
	セダン型講習の場合	(　)軽自動車 (　)普通車	
研修に際しての連絡事項などがありましたらご記入ください			

連絡及び注意事項	

※複数でご参加いただく場合この用紙をコピーしてお使いください

※生年月日は必ずお書きください、修了証発行手続きに必要です。

申込み先　熊本外出支援ネットワーク
熊本市東区長嶺西3丁目2-66　ふくし生協内

FAX　096－274－3001
電 話　096－274－3000

担 当　小出 照幸

この面に免許証のコピーを貼り付けてください

※この申込書に記載されている参加者の個人情報は、本講習及び福祉有償運送の手続きに係る場合並びに国土交通省からの
受講内容の照会がある場合等以外には使用いたしません。