

# 申 込 書

有償運送運転者講習（市町村）

申込日 平成 年 月 日

参加者 氏 名	(フリガナ)			男 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日生
	氏 名						
	住 所	(〒 - )					
	電 話	(自宅)	-	-			
		(携帯)	-	-			
参加者 所 属 団体等	団 体 名						
	団体所在地	(〒 - )					
	団 体 担 当 者	氏名					
		電話番号					
氏 名 等	F A X 番 号						
運転免許	<input type="checkbox"/> 無し（過去2年以内の免許停止） <input type="checkbox"/> 有（過去2年以内の免許停止）						
講習希望日	平成 年 月 日						

※ 申込書とともに運転免許証のコピー（表・裏）もFAX下さい。  
 ※ 受講当日は運転免許証と印鑑をご持参下さい。

## ※個人情報について

受講者個人を識別できる情報（受講者氏名、住所、生年月日）を個人情報とし、下記の目的以外に使用することはありません。

- ① 当校からの郵便物の発送
- ② 重大事故発生時における国土交通大臣からの受講内容の照会

また、ご提供いただいた個人情報は、個人情報が不要であると確認した時点、および、その後当校が必要とする一定の月数を含めた期間において、第三者がお客様の個人情報に触れないよう、適切な管理のもとに当校が保管いたします。

受講者本人から、個人情報の開示、修正または削除のご依頼があったときは、速やかに開示、修正または削除します。

## ◎お問い合わせ・お申込先

〒028-4211

岩手県岩手郡岩手町大字川口49-3-44

岩手中央自動車学校

電話番号 0195-65-2610 FAX番号 0195-65-2607

(月～金曜日 9:00～17:00 土曜日 9:00～15:00)