

開催の7～10日前までに
本申請書と時間割をFAXください
FAX：03(3239)9200

ユニバーサルドライバー研修開催申請書

令和 年 月 日

申請者（送付先）

団体名 福祉タクシー株式会社

代表者名 福祉 一郎

住 所 東京都新宿区〇-〇-〇

下記のとおりユニバーサルドライバー研修の開催を申請します。

項目	内容		
研修実施機関名	(認証番号第000号) 福祉タクシー株式会社		
同責任者名	福祉 太郎	連絡先	01-2345-6789
研修実施年月日	令和00年00月00日（午前00時00分～午後00時00分）		
予定受講者数	40名		
研修の予定講師	(名前)	(資格又は登録番号)	(担当科目)
	福祉 太郎	福祉タクシー(株)社長	タクシーとユニバーサル社会
	〃	〃	〃が支えるこれからのバリアフリー
	〃	〃	お客様の接客にあたって
	介助 花子	介護福祉士	お客様の理解と接遇介助方法
〃	〃	車いすの取り扱い方と乗車、降車	
教材希望部数	各 40部		
その他特記事項	本社ではなく新宿営業所で実施するため、「申請者（送付先）」に記載している住所に教材等を送付ください		