福祉有償運送・セダン等運転者講習会申込書

申込日　2025 年　　月　　日

ふりがな **氏名** （修了証に記載するためはっきりと丁寧にご記入下さい）	
生年月日	19　　年　　月　　日生まれ （修了証に記載するため、ご記入をお願いします）
団体名 （所属があれば）	
団体または個人 連絡先 (所属がない場合は個人連絡先)	（住所） （電話）　　（FAX） （e-mail）

日程	会場
9 月 21 日（日） 9時00分～18時 『講義と実習』	横須賀市立総合福祉会館　2階第２会議室および駐車場 交通：京浜急行線・汐入駅より徒歩６分 住所：神奈川県横須賀市本町２－１

お申し込み先：かながわ福祉移動サービスネットワーク（担当　石山・中野）

横浜市港北区錦が丘 15-11 セントラルコート D12

℡045-534-6718／FAX045-432-0122

ご提供いただいた個人情報は、個人情報が不要であることを確認した時点で、およびその後当団体が必要と判断する一定月数を含めた期間において、第三者が受講者の個人情報に触れないよう、適切な管理体制のもとに、当団体が保管します。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、すみやかに開示、修正、または削除します。