車椅子点検初任者講習　団体受講申込書

申込日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 会社・団体名 |  | |
| フリガナ |  | |
| 申込者氏名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| E-mail |  | |
| 住所区分 | どちらかに〇をつけてください。  自宅・職場 | |
| 住所 | 〒 | |
| 申込者人数 |  | |
| 開催希望日  ※10名以上の場合 | 第一希望 |  |
| 第二希望 |  |
| 第三希望 |  |
| 備考 |  | |

色がついている項目は全て記入してください。

10名以上の場合は、開催日と別の日程となるため、開催希望日を記入してください。

人数が未定の場合は、おおよその人数を記入してください。