

運輸安全マネジメントセミナー（国土交通省認定セミナー）申込書

自動車事故対策機構 山形支所 行 FAX：023-615-6037

会社名			
業態 (○をして下さい)	バス（乗合・貸切）	タクシー	トラック
車両台数	両	申込ご担当者名：	

(申込者1)

(フリガナ) 参加者お名前			生年月日	
			昭和 平成	年 月 日
所属営業所名				
営業所住所	〒 (電話：) (FAX：)			
お役職名			受講希望のセミナー	○印
			11月6日 がトライン	
経営管理部門の要員 (○をして下さい)	該当する 該当しない	11月7日 内部監査		
		11月8日 リスク管理		

(申込者2)

(フリガナ) 参加者お名前			生年月日	
			昭和 平成	年 月 日
所属営業所名				
営業所住所 <small>※申込者1と同じ場合は記入不要です。</small>	〒 (電話：) (FAX：)			
お役職名			受講希望のセミナー	○印
			11月6日 がトライン	
経営管理部門の要員 (○をして下さい)	該当する 該当しない	11月7日 内部監査		
		11月8日 リスク管理		

※1枚で2名様までお申込みいただけます。2名様以上の場合はコピーしてご利用下さい。
 ※認定セミナーの監査インセンティブは「経営管理部門の要員」が受講した場合のみ適用されます。

国土交通省へ受講の通知をすることに同意いただけますか (○をして下さい)	同意する	同意しない
---	------	-------