

(別紙 1)

平成29年度運転者適性診断受診・運行管理者講習受講の助成申請  
について（支店（営業所）等を登記（印鑑登録）していない場合）

平成 年 月 日

公益社団法人 広島県トラック協会  
会長 小丸成洋 様

住 所  
氏名又は名称  
代表者名  
電話番号  
FAX番号  
担当者氏名



平成29年度「運転者適性診断受診・運行管理者講習受講」の助成事業を申請するにあたり、下記の支店（営業所）等においては、登記（印鑑登録）をしていないため、依頼書については、支店（営業所）等を代表する者の押印での取扱いをお願いいたします。

記

支店（営業所等）・予定人員数

	支店（営業所）名等	所属支部名	適性診断受診 予定数（人）	講習会受講 予定数（人）	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					