

(別紙 1)

2019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）

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
F A X 番 号
担 当 者 氏 名



2019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					