

初任運転者特別講習会について

初任運転者特別講習会とは、貨物自動車運送事業輸送安全規則第10条（従業員に対する指導及び監督）の規定に基づき、「自動車運送事業者が事業用自動車の運転者に対して行う一般的な指導及び監督の実施マニュアル」及び「事業用トラックドライバー研修テキスト」に準拠した研修を、当協会が新西海自動車学校へ業務委託し開催する会員事業者の従業員を対象とした研修会です。

受講対象者	<ul style="list-style-type: none">・特別指導教育（初任）の対象者・上記にかかわらず、会員が受講必要と認めた者
-------	--

研修日程	<p>年10回開催</p> <p>【開催予定】</p> <ul style="list-style-type: none">① 令和6年 4月25日～26日② 令和6年 5月23日～24日③ 令和6年 6月27日～28日④ 令和6年 7月11日～12日⑤ 令和6年 8月22日～23日⑥ 令和6年 9月19日～20日⑦ 令和6年 10月 3日～ 4日⑧ 令和6年 11月21日～22日⑨ 令和6年 12月11日～12日⑩ 令和7年 1月16日～17日 <p>※ 行事等により日程が変更となる場合がありますので、確認したうえでお申し込みください。</p>
------	---

講習費	<p>講習会費用全額を助成します。</p> <p>※ 新西海自動車学校と締結する業務委託に基づき協会より直接実施機関へ支払います。</p>
-----	---

注意点	<p>指導監督指針内容（12項目15時間）による座学（一部実車を用いた内容）の講習会です。</p> <p>各社の業務内容に応じた教育及び、実際にトラックを運転させての安全運転指導20時間以上については各社で実施してください。</p>
-----	--



申 込 書

(適性診断・初任運転者特別指導講習)

(受 付 済 印)

申込日 令和 年 月 日

(フリガナ)
事業所名 (営業所名)

〒 ー

事業所住所

申込責任者名

連絡先(TEL) (FAX)

※受付完了後に「受付済」の印を押して返信 FAX をしますので必ずご記入下さい。

	フリガナ	適性診断 (<input checked="" type="checkbox"/> 診断種類に 受診日を記入)	初任講習 (受講日を記入)	☆適性診断受診日時 (自動車学校記入欄)
	受講者氏名 生年月日(年齢)			
1		<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 (月 日)	<input type="checkbox"/> 受講する (月 日 ~ 月 日)	月 日 時 分開始
	昭和・平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 受診しない	<input type="checkbox"/> 受講しない	
2		<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 (月 日)	<input type="checkbox"/> 受講する (月 日 ~ 月 日)	月 日 時 分開始
	昭和・平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 受診しない	<input type="checkbox"/> 受講しない	
3		<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 (月 日)	<input type="checkbox"/> 受講する (月 日 ~ 月 日)	月 日 時 分開始
	昭和・平成 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 受診しない	<input type="checkbox"/> 受講しない	

【実施場所】 長崎県トラック協会研修会館 (新西海自動車学校東長崎事務所)
所在地:長崎市松原町2651-3

【適性診断お申し込みの方】

※「受診日時」は原則として申込順に自動車学校が決定し通知いたします。

※開始時間 10 分前にはお越してください。尚、時間に遅れた場合は受診できません。(受診時間は約 2 時間)

○持参品 ①運転免許証 ②受診料金 事業所負担 1,000 円 (残りは県トラック協会の助成となります)

【初任講習お申し込みの方】

○受付時間 8:30~ 9:00

○講習時間 9:00~17:30

○持参品 筆記用具、ヘルメット及び手袋 (2 日目のみ必要)

○その他 ・昼食(弁当)を希望される方は当日に受付いたします。

・申込期限は、開催日2日前 (ただし、定員になり次第締め切りとなります)

☆ウイルス感染対策については各人でマスク着用等行って下さい。

申 込 先



新西海自動車学校

西海市西彼町上岳郷 1 2 3 8 - 3

TEL 0 9 5 9 - 2 7 - 0 1 3 6

※実施場所ではありませんのでお間違いのないようお願いいたします

FAX 送信先 0 9 5 9 - 2 7 - 1 7 7 8