

運転協力者登録変更報告書

団体名 _____

担当者 _____

連絡先電話 _____

F A X _____

※変更から1ヶ月以内に
報告してください(FAX可)

新規登録者

	氏名	住所	登録日	二種免許	介護福祉士	研修受講日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

登録中止者

	氏名	住所	登録中止日	車種・車両No(持ち込み車両の場合)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

変更後の運転登録者数 (合計)

名