

高齢者安全運転講習会申込書

海老名市地域づくり課 宛

ふりがな			
氏 名			
住 所	海老名市		
連 絡 先			
年 齢	歳		
受講希望 時間帯	午前	午後	午前・午後 どちらでも よい

*応募状況により、受講時間帯を調整させていただく場合がございます。

担当：交通防犯推進室

TEL 046-235-4789

FAX 046-231-2670