

別 添

F A X 送 信 票

東京都都民安全推進本部 交通安全課 行

FAX番号 03-5388-1217

高齢ドライバー交通安全セミナー申込票

令和2年2月5日 立川グランドホテル実施分

ふりがな 氏名(年齢)	(歳)
住所	〒
電話番号	- -
運転免許取得年月日	昭和・平成 年 月 日
運転の頻度	該当する番号を○で囲ってください 1 ほぼ毎日 2 週に1回以上 3 月に1回以上 4 半年に1回以上 5 運転免許は保有しているが運転はしていない

※御記入いただきました個人情報は、東京都が管理し、本セミナーに必要な場合にのみ使用します。

団体・企業等で複数名のお申込みを御希望の場合は、メール又は電話でお問合わせください。