

## 適性診断受診申込書

※太枠内をご記入下さい。

記入日： 年 月 日

<b>診断種類</b> (下記の該当部分に○をつけて下さい。)					
一般診断 (定期・C付) ・ 特定 I ・ 初任 ・ 適齢					
<b>業態</b> (下記の該当部分に○をつけて下さい。) (整理番号: )					
バス・ハイタク・個人タクシー・トラック・自家用 (ダンプ)・自家用 (その他)					
<b>免許の種類</b>	第二種・大型・中型・第一種普通		<b>普通免許からの取得年数</b>	年	
<b>会社名</b> (省略せずに正確にご記入下さい。)			事業所コード(職員記入)		
<b>営業所名</b>			<b>受診回数</b>	(今回含む) 回	
<b>この会社に入社して1年以内ですか?</b> (○を付けて下さい。)					はい ・ いいえ
<b>受診申込者</b>	<b>ふりがな</b>				
	<b>氏名</b>				
	<b>生年月日</b>	昭和・平成	年	月	日
<b>年齢</b>	歳				
<b>職名</b>	1. 運転者		<b>性別</b>	男性 ・ 女性	
	2. 運行管理者 (補助者)				
	3. その他 ( )				
<b>受診希望日</b>	年		月	日	午前・午後
<b>受診料支払方法</b>	1. 現金 2. その他 ( )				
<b>連絡先</b>	<b>会社名及び営業所名</b>				
	<b>住所</b>	〒			
	<b>TEL</b>			<b>FAX</b>	
	<b>担当者(受診者の場合は不要)</b>				
<b>職員記入欄</b>	<b>支払方法</b>		現金 有 ・ 無 ( ) トラック協会助成券・バス協会・ハイタク共済		
	<b>運転免許証確認有無 (氏名・生年月日)</b>		はい ・ いいえ		
	<b>受診 (受講) 年月日</b>		年	月	日

送信先 FAX : 0246-26-3337 実施機関 : 平中央自動車学校

電話でご予約の場合、申込書は必ず FAX して下さい。(2日以内に当校に申込書が到着しない場合は申し訳ございませんがキャンセルとさせていただきます。)