

適性診断受診申込書

- ①診断はすべて予約制となっております。お申し込みの前に電話にて空き状況をご確認ください。
- ②「申込書」の受付後、「予約確認書（受診票）」を返送いたします。「予約確認書（受診票）」が届かない場合はご連絡下さい。

(個人情報の取扱いについて)本申込及び手続きにおいて当社がお客様よりお預かりした個人情報については、診断業務の遂行、各協会への助成金申請、法律の規定により開示を求められた場合以外の利用は致しません。

申込日	平成 年 月 日					
受診希望日	第一希望	平成 年 月 日			診断区分	<input type="checkbox"/> 一般診断
		□9時 □11時 □13時 □15時				<input type="checkbox"/> 初任診断
	第二希望	平成 年 月 日				<input type="checkbox"/> 適齢診断
		□9時 □11時 □13時 □15時				<input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ
申込者	会社名 (営業所)					
	住所	〒 -				
	ご担当者名		電話			
			FAX			
助成金の有無	□なし □あり (福島県 協会)					

受診者氏名			受診回数 (今回も含む)	回
生年月日	明治・大正	年 月 日	年齢	性別
	昭和・平成		満 歳	男・女
現在従事している 主な事業の種類	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在従事している 職 種	<input type="checkbox"/> 運行管理者(補助者含む) <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> その他			
取得している 免許の種類	第二種免許	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> けん引		
	第一種免許	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 自二 <input type="checkbox"/> 小特 <input type="checkbox"/> 原付		
免許取得後の年数	<input type="checkbox"/> 5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上			

※太枠内のみご記入ください。

受診年月日	平成 年 月 日	1、適性診断受診証明書	通
		2、適性診断票の謄本	通

FAX 送信先 0246-23-3416 TEL 0120-024-623

TAIHEI DRIVER'S SCHOOL