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 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 受診希望日 | | 第一希望 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | 診 断 区 分 | □　一般診断  □　初任診断  □　適齢診断  □　特定診断Ⅰ |
| □9時　□11時　□13時　□15時 | | |
| 第二希望 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| □9時　□11時　□13時　□15時 | | |
| 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  昭和　平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | 年　齢 | 性　別 |
| 満　　　歳 | 男 ・ 女 |
| 現在従事している  主な事業の種類 | □ バ　ス　 □ ハ イ タ ク　 □ 個人タクシー　 □ ト ラ ッ ク  □ 自家用　 □ その他（　　　　　　　　） | | | |
| 現在従事している  職　　　　　 種 | □ 運行管理者（補助者含む）　 □ 運 転 者　 □ そ の 他 | | | |
| 取得している  免許の種類 | 第二種免許 | □ 大型　 □ 中型　 □ 普通　 □ 大特　□ けん引 | | |
| 第一種免許 | □ 大型　 □ 中型　 □ 普通　 □ 大特　□ けん引  □ 自二　 □ 小特　 □ 原付 | | |
| 免許取得後の年数 | □ ５年未満　 □ ５～１０年未満　 □ １０～２０年未満  □ ２０～３０年未満　 □ ３０年以上 | | | |

※太枠内のみご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受 診 年 月 日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 1、適性診断受診証明書　　　　通  2、適性診断票の謄本　　　　　通 |

C:\Users\正芳\Desktop\イラスト資料\イラスト\ロゴ\taiheiロゴ\新ロゴデータ\タイヘイ／マーク･ロゴ欧文3.jpgFAX送信先　0246-23-3416　TEL　0120-024-623