

適性診断受診申込書

太枠の中をご記入ください。（該当する□欄に✓）

申込日：令和 年 月 日

受診日	令和 年 月 日			
	□9:00～ □11:00～ □13:00～ □15:00～ □17:00～			
診断区分	□初任診断 □適齢診断 □特定診断Ⅰ □一般診断 □一般診断（カネリク <sup>®</sup> 有）			
申込者	会社名 (営業所)			
	住所	〒		
	担当者名	電話		
		FAX		
受診者	(フリガナ) 名前			
	生年月日	西暦 年 月 日	年齢	才
	業態	□バス □ハイタク □個人タクシー □貨物 □その他		
	所持免許	二種	□大型 □中型 □普通 □大特 □けん引	
		一種	□大型 □中型 □準中型 □普通 □大特 □けん引 □大自二 □普自二 □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			

<b>※支払方法</b>
<input type="checkbox"/> 助成金
<input type="checkbox"/> 現金
<input type="checkbox"/> 振込
振込の際の手数料はご負担下さい。

※振込口座は次の通りとなります。

岩手銀行 高田支店 普通 1202370 □座名義 (株)高田自動車学校 田村光

FAX送信先 0192-53-1060 陸前高田ドライビングスクール

〒029-2203 岩手県陸前高田市竹駒町字相川74-1 TEL0192-55-3990

別紙3

様 適性診断予約確認書

下記日時で予約を受け付けました。開始時間10分前までにお越し下さい。

受診年月日 令和 年 月 日 時 ～

確認印

※持ち物

- ・ 予約確認書（この紙）
- ・ 受診料（助成のある方は除く）
- ・ 運転免許証
- ・ 眼鏡等（必要な方）

確認印