

適性診断受診申込書

太枠の中をご記入ください。(該当する口欄に✓)

申込日：令和 年 月 日

| | | | | |
|--------------|--|--|--|---------------------------------|
| 受診日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 10:00~ | <input type="checkbox"/> 14:00~ | <input type="checkbox"/> 16:00~ | <input type="checkbox"/> 18:00~ |
| 診断区分 | <input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般診断 <input type="checkbox"/> 一般診断(カウセリング有) | | | |
| 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 | 歳 |
| | 業態 | <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 所持免許 | 二種 | <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 | |
| | | 一種 | <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 大自二 <input type="checkbox"/> 普自二 <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 | | | |

※支払方法

- 助成金
 現金
 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 遠野支店 普通 1161690

株式会社 高田自動車学校 遠野ドライビングスクール 田村光

送信先FAX番号 0198-60-1155 遠野ドライビングスクール

〒028-0501

岩手県遠野市青笹町糠前37-29-7

TEL0120-208-032

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~

※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)

※確認印の無いものは無効です。

確認印

| |
|-----|
| 確認印 |
| |