

適性診断受診申込書・受診票

太枠の中をご記入ください(該当する□欄に「✓」)をご記入ください)

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

受診日	令和 年 月 日 ( )
	<input type="checkbox"/> 9:40 <input type="checkbox"/> 10:40 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> 15:30
診断区分	<input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 一般診断① <input type="checkbox"/> 一般診断②(カウンセリング付)

※実施日時は事前に予約していただいたものを記入してFAX願います。受理印を押捺して返信します。

申込者	フリガナ			
	事業者名			
	所属営業所名			
	所在地	〒 -		
	連絡先	電話	( )	担当者名
		FAX	( )	
	事業形態	<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイヤー・タクシー <input type="checkbox"/> その他( )		
協会加入の有無	<input type="checkbox"/> 愛媛県トラック協会 <input type="checkbox"/> 愛媛県バス協会 <input type="checkbox"/> 愛媛県タクシー協会 <input type="checkbox"/> なし・その他			

フリガナ		性別
受診者名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生( 歳)	
所持免許	<input type="checkbox"/> 大型二種 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型二種 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 普通二種 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 準中型	運転経験年数      年
	<input type="checkbox"/> 大特二種 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> 牽引二種 <input type="checkbox"/> 牽引 <input type="checkbox"/> 大型二輪 <input type="checkbox"/> 普通二輪 <input type="checkbox"/> 小型特殊 <input type="checkbox"/> 原付	

受診料	
<input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ	9,300円
<input type="checkbox"/> 初任診断	4,800円
<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,800円
<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,400円
<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,800円

申込受理印

※運転経験年数は、普通免許取得後の年数をご記入ください。

- 【持ち物】**
- ①本票(申込受理印が押印されたもの)
  - ②受診料金
  - ③筆記用具
  - ④運転免許証
  - ⑤眼鏡等(必要な方)

診断予定日
月 日 ( )
開始時間
時 分
<input type="checkbox"/> 特定Ⅰ・初任・適齢 <input type="checkbox"/> 一般・一般(カウンセ)

**【受診会場】**  
 愛媛県西条市石田284番地  
 西条ドライビングスクール

		受付
受理年月日	令和 年 月 日	
返送日	令和 年 月 日	

TEL番号：0898-64-3018  
 FAX番号：0898-64-0199