

適性診断受診申込書

記入日 年 月 日

| | |
|---------|--|
| 受診希望日時 | 令和 年 月 日 午前 時～ 他の業務との兼ね合いで予約をお受けできない日がございますのでご了承下さい。 午後 時～ |
| 受診者氏名 | フリガナ ----- 氏 名 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) 男・女 |
| 所持免許 | 取得されている免許について○を付けて下さい。 普通 5t限定中型 準中型 8t限定中型 中型 大型 普通第二種 中型二種 大型二種 |
| 免許取得年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 受診者の業態 | 該当部分に○を付けて下さい。 トラック ハイヤー・タクシー 個人タクシー バス その他(職種:) |
| 適性診断の種類 | 受診される適性診断に○を付けて下さい。 初任診断 適齢診断 特定診断 I 新たに運転者として採用された方 65歳以上の方 死亡事故又は重傷事故を起こした者で当該事故前1年間に事故を起こしたことがない方 |
| 受診者の勤務先 | 会社名及び営業所名 |
| | 住 所 〒 — |
| | 電話番号 — — |
| | F A X — — |
| | ご担当者名 |

送信先 F A X 番号 018-864-5516

受診場所 秋田モータースクール