

## 適性診断受診申込書

記入日： 平成 年 月 日

診断種類	一般診断 ・ 初任 ・ 適齢 ・ 特定 I							
業 態	バス ・ ハイタク ・ 個人タクシー ・ トラック ・ 自家用 ・ その他（ ）							
会社名 営業所名	※省略せずにご記入ください。 ----- (一社) 静岡県トラック協会の会員事業所ですか？ (はい・いいえ)							
ご住所								
電話番号	( )	ご担当者様	(フリガナ)					
FAX	( )							
受診者氏名	(フリガナ) -----							
生年月日	西暦	年	月	日	年 齢	歳	性 別	男性 ・ 女性
職 名	運行管理者 ・ ドライバー ・ その他（ ）							
免許種類	大型 ・ 中型 ・ 中型 8 t 限定 ・ 普通 ・ 大型二種 ・ 中型二種 ・ 普通二種 (免許取得年数 年)							
受診日時	平成 年 月 日 (午前 ・ 午後)							
ご連絡先 (上記住所と違う場合)								

★お支払いについて …… 当日、窓口にて現金でのお支払いをお願いしています。

★当日のお持ち物 …… **当申込書、免許証、受診料金、眼鏡等** (※視力測定があります)。

**ご注意下さい**

- ・ 診断は、他の受診者の方と一齐に行います。開始時刻に遅れてしまうと受診できなくなることがあります。
- ・ 事前予約制です。席には限りがあります。ご了承ください。 (10分前にはご集合下さい)

&lt;お問い合わせ&gt; 公認 昭和自動車学校

417-0847 富士市比奈かぐや姫 2220-1

TEL 0545 - 38 - 0110 / FAX 0545 - 38 - 0027