

適性診断受診申込書

※太枠内をご記入ください。 記入日：令和 年 月 日

診断種類 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 一般診断 (<input type="checkbox"/> 定期・ <input type="checkbox"/> C付) <input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 <input type="checkbox"/> 特定 I				
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"/> トラック・ <input type="checkbox"/> 自家用 (ダンプ)・ その他 () ※福島県トラック協会 (<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員)				
免許種類	<input type="checkbox"/> 大型・ <input type="checkbox"/> 中型・ <input type="checkbox"/> 中型8 t 限定・ <input type="checkbox"/> 準中型・ <input type="checkbox"/> 準中型5 t 限定・ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型二種・ <input type="checkbox"/> 中型二種・ <input type="checkbox"/> 普通二種 (免許取得年数 年)				
会社名 営業所名	※省略せずにご記入ください。 (事業者コード ※職員記入)				
住所					
電話番号			担当者		
FAX			<input type="checkbox"/> 本人		
勤務年数	年	受診回数	回	(前回受信場所：扇町自動車学校・その他)	
受診者氏名 (フリガナ)					
生年月日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性	
職名	<input type="checkbox"/> 運行管理者 <input type="checkbox"/> ドライバー <input type="checkbox"/> その他 ()				
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日 (<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後)
	第2希望	令和	年	月	日 (<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後)
	第3希望	令和	年	月	日 (<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後)
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> その他 ()				
連絡先 (上記住所と違う場合)					

職員記入欄	受付番号	No,	受診日	年	月	日 (<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後)
	支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 交付金 <input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他				
	診断票	<input type="checkbox"/> 持ち帰る <input type="checkbox"/> 持ち帰らない				
	備考欄					

送信先 FAX：0242-22-3760

実施機関 扇町自動車学校