**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✓） | □　一般診断（□　定期・□　C付）　□　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（ダンプ）・その他（　　　　　　　　　　　）※北海度トラック協会（□会員　□非会員） |
| 免許種類 | □大型・□中型・□中型８ｔ限定・□準中型・□準中型５ｔ限定・□普通□大型二種・□中型二種・□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□本人 |
| FAX |  |
| 勤務年数　　　　年　　受診回数　　　　回（前回受信場所：愛国自動車学校・その他　） |
| 受診者氏名　（フリガナ） |
| 生年月日 | 年齢　　　　　歳 | 性別　　□男性　・　□女性 |
| 職名 | □　運行管理者　　　□　ドライバー　　□　その他（　　　　　　） |
| 受診希望日 | 第1希望　令和　　　年　　　　月　　　　日（□午前・□午後）第２希望　令和　　　年　　　　月　　　　日（□午前・□午後）第３希望　令和　　　年　　　　月　　　　日（□午前・□午後） |
| 支払方法 | □　現金　　□　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　（□午前・□午後） |
| 支払方法 | □　現金　□　交付金　□　助成金　□　共済　□　その他 |
| 診断票 | □持ち帰る　　□　持ち帰らない |
| 備考欄 |

送信先　FAX：0154-36-2215　　　実施機関　愛国自動車学校