

## 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<br>(□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)・<br>その他 ( ) ※北海道トラック協会 ( <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<br><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<br>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：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                          | <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 : 0154-36-2215

実施機関 愛国自動車学校