

適性診断申込書

No.	
-----	--

七尾自動車学校

申込日

年

月

日

※ご希望欄に○をつけてください

受診日		時間	午前の部	9:00	10:30
月	日		午後の部	13:00	14:30
希望日を記入下さい		診断の種類	初任	適齢	特定 I
		一般診断 (カウンセリング 有・無)			
		一般診断ご希望の方はカウンセリングの有無を記入ください			

会社名			
代表者名			
住所	〒		
電話番号		FAX	

受診者名	ふりがな	年齢	男・女
生年月日	西暦	年 (昭和 平成)	月 日
事業種 ※必ず☑を 入れて下さい	<input type="checkbox"/> トラック (トラック協会に加盟している)		
	<input type="checkbox"/> トラック (トラック協会に加盟していない)		
	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー		
	<input type="checkbox"/> 自家用(その他) <input type="checkbox"/> 自家用(ダンプ) <input type="checkbox"/> 個人タクシー		
職種	<input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他		
免許種類	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれ		
	<input type="checkbox"/> 第一種普通(改正後の第一種中型で「8t未満限定」の方を含む)		
第一種免許を 取得してからの年数	<input type="checkbox"/> 0~5年未満 <input type="checkbox"/> 5~10年未満 <input type="checkbox"/> 10~20年未満		
	<input type="checkbox"/> 20~30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上		

※受診日が定員に達している場合は、電話にてご連絡致します。

夜間 視力	①	②	③

視力入力済	受付

特記事項	
------	--

申込書ご記入の上 FAX送信お願い致します

送信先 FAX 0767-53-1423