

## 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	□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( ) ※広島県バス協会(□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
FAX			<input type="checkbox"/> 本人
勤務年数	年	受診回数	回(前回受信場所:廿日市自動車学校・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 (□午前・□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 : 0829-34-4292

実施機関 黒井交通教育センター廿日市校支部