

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 () ※宮城県バス協会 (<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：R45 日の出・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 : 022-283-9779

実施機関 R45・日の出自動車学校