

適性診断受診申込書

- ① 診断はすべて予約制となっております。お申し込みの前に電話にて空き状況をご確認ください。
 ② 「申込書」の受付後、「予約確認書（受診票）」を返送いたします。「予約確認書（受診票）」が届かない場合はご連絡下さい。

（個人情報の取扱いについて）本申込及び手続きにおいて当社がお客様よりお預かりした個人情報については、診断業務の遂行、各協会への助成金申請、法律の規定により開示を求められた場合以外の利用は致しません。

申 込 日	平成 年 月 日	希望診断システム	<input type="checkbox"/> NASVA <input type="checkbox"/> 電腦方式 <input type="checkbox"/> どちらでも良い	
受診希望日	第一希望	平成 年 月 日	診 断 区 分	<input type="checkbox"/> 一般診断 <input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断 I
		□13:20 □15:20		
	第二希望	平成 年 月 日		
		□13:20 □15:20		
申 込 者	会 社 名 (営業所)			
	住 所	〒 -		
	ご担当者名	電 話		
FAX				
助成金の有無	□なし □あり (県 協会)			
受診者氏名			受 診 回 数 (今回も含む)	回
生年月日	明治・大正	年 齢		性 別
	昭和・平成 年 月 日	満 歳		男・女
現在従事している 主な事業の種類	<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 <input type="checkbox"/> その他()			
現在従事している 職 種	<input type="checkbox"/> 運行管理者(補助者含む) <input type="checkbox"/> 運 転 者 <input type="checkbox"/> そ の 他			
取得している 免許の種類	第二種免許	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> けん引		
	第一種免許	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 自二 <input type="checkbox"/> 小特 <input type="checkbox"/> 原付		
免許取得後の年 数	<input type="checkbox"/> 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			

※太枠内のみご記入ください。

FAX 送信先 0197-63-8778 TEL 0120-63-4562

〒024-0084 岩手県北上市さくら通り4-3-5

北上自動車学校

様

適性診断予約確認書

別紙 3

下記日時で予約をお受けいたしました。開始時刻10分前迄に北上自動車学校受付に来校し本書と運転免許証を提示願います。

受 診 年 月 日	連 絡 事 項	受 付 印	
平成 年 月 日 時 分～	<input type="checkbox"/> NASVA <input type="checkbox"/> 電腦方式 で実施致します。	受付	確認

《持ち物》・適性診断予約確認書・免許証・眼鏡等(必要な方)