

# 運転適性検査申込書

※太枠内をご記入ください

申込日 令和 年 月 日

検査日時		令和 年 月 日 時 分 ~			
検査種別		<input type="checkbox"/> CRT運転適性検査 <input type="checkbox"/> 適性検査K2型 <input type="checkbox"/> 適性検査90-3型 <input type="checkbox"/> OD式安全性テスト（ <input type="checkbox"/> 企業版 ・ <input type="checkbox"/> 自己診断版）			
申込者	ふりがな				
	事業者名				
	住所	〒			
	連絡先	TEL		担当者	
		FAX			

受診者	番号	ふりがな氏名	住所
	①	S・H 年 月 日生 ( )	男・女
②	S・H 年 月 日生 ( )	男・女	〒
③	S・H 年 月 日生 ( )	男・女	〒

## お持ちいただくもの

○運転免許証   ○眼鏡等（必要な方）   ○筆記用具   ○申込書（本用紙）   ○受診料

※CRT運転適性検査を受診される方は運転に適した服装でお越しください（サンダル等不可）

*調整事項等	* CRT検査番号	
	①	
	②	
	③	

**OHARA**  
LICENSE SCHOOL

大原自動車学校 岐阜県多治見市幸町7丁目29-1  
TEL 0572-27-2356 / FAX 0572-27-2967