

*受理年月日		*受付
*返送日		

適性診断受診申込書・受診票

太枠の中をご記入ください（該当する口欄に、「✓」をご記入ください）

申込日		令和	年	月	日
受診日	令和 年 月 日				
	□午前（9：00～）		□午後（13：00～）		
診断区分	□初任診断 □適齢診断 □一般診断 □一般診断②				

申込者	ふりがな				
	事業者名				
	所属営業所				
	所在地	〒 -			
	連絡先	電話	()		担当者名
		FAX	()		
	事業形態	□トラック □バス □ハイヤー・タクシー □その他()			
協会加入の有無	□岐阜県トラック協会 □岐阜県バス協会 □その他・なし				

ふりがな		性別	
受診者名		□男	
		□女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
保有免許	<input type="checkbox"/> 大型二種 <input type="checkbox"/> 中型二種 <input type="checkbox"/> 普通二種 <input type="checkbox"/> けん引二種 <input type="checkbox"/> 大特二種 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 大型特殊 <input type="checkbox"/> 小型特殊 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> 大型二輪 <input type="checkbox"/> 普通二輪 <input type="checkbox"/> 小型二輪	運転経験年数	
			年

受診料	
□初任診断	4,800円
□適齢診断	4,800円
□一般診断	2,400円
□一般診断②	4,800円

※運転経験年数は、普通免許取得後の年数をご記入ください

【持ち物】

- ・本用紙（申込受理印が押印されたもの）
- ・運転免許証・受診料・眼鏡等（必要な方）

【受診会場】

大原自動車学校 多治見市幸町7丁目29-1
TEL 0572-27-2356

【キャンセルについて】

必ず事前にご連絡ください。ご連絡無きキャンセルの場合
次回の受診をお断わりします。

*申込受理印

送信先FAX番号 0572-27-2967

※受診日の予約後にご送付ください