

## 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(□ 定期・□ C付) <input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢		
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( )※山形県バス協会(□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	(前回受診場所:東根 DS・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 (□午前・□午後) 第2希望 令和 年 月 日 (□午前・□午後) 第3希望 令和 年 月 日 (□午前・□午後)		
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金		
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		
	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:0237-43-6229

実施機関 黒井産業株式会社 東根自動車学校

黒井交通教育センターKURO-TEC 山形東根支部