**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✓） | 一般診断（　定期・　C付）　　初任　　　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  本人 | |
| FAX |  | | |
| 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　　男性　・　女性 |
| 職名 | | 運行管理者　　　ドライバー　　　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 | | 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　（　午前・午後） |
| 支払方法 | 現金 | | |
| 診断票 | 持ち帰る　　　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