**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 | [x] 　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