

### 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□欄に「✓」)をご記入ください)

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

受診日	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 9:40 <input type="checkbox"/> 10:40 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> 15:30
診断区分	<input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 一般診断① <input type="checkbox"/> 一般診断②(カウンセリング付)

※実施日時は事前に予約していただいたものを記入してFAX願います。受理印を押捺して返信します。

申込者	ふりがな			
	事業者名			
	所属営業所名			
	所在地	〒 —		
	連絡先	電話	( )	担当者名
		FAX	( )	
	事業形態	<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイヤー・タクシー <input type="checkbox"/> その他()		
協会加入の有無	<input type="checkbox"/> 愛媛県トラック協会 <input type="checkbox"/> 愛媛県バス協会 <input type="checkbox"/> 愛媛県タクシー協会 <input type="checkbox"/> なし・その他			

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

受診料	
<input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ	9,100円
<input type="checkbox"/> 初任診断	4,700円
<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,700円
<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,300円
<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,700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】**

- ①本票(申込受理印が押印されたもの)
- ②受診料金
- ③筆記用具
- ④運転免許証
- ⑤眼鏡等(必要な方)

申込受理印

**【受診会場】**

愛媛県西条市石田284番地  
西条ドライビングスクール

**TEL番号:0898-64-3018**

**FAX番号:0898-64-0199**

受理年月日	平成	年	月	日	受付	
返送日	平成	年	月	日		