

適性診断申込書

金町自動車教習所宛

F A X : 03-3607-5107

整理番号：

太字枠内のみ記入ください。□はレにて印してください。

診断の種類	<input type="checkbox"/> 初任診断	<input type="checkbox"/> 一般診断
	<input type="checkbox"/> 適齢診断	<input type="checkbox"/> 特定診断 I
	夜間視力	事故発生日 年 月 日
診断日	年 月 日	時 分から
受診者氏名		生年月日
ふりがな		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
会社名		
営業所		
営業所の住所		
連絡先	電話番号：	担当：
事業の業態	<input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> トラック	<input type="checkbox"/> その他 (自家用) <input type="checkbox"/> その他 (ダンプ)
職種	<input type="checkbox"/> 運転者	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他
免許の有無	<input type="checkbox"/> 免許有り	<input type="checkbox"/> 免許無し <input type="checkbox"/> 不明
免許の種類	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型 <input type="checkbox"/> 第一種普通 (普通免許で8トン未満の中型車を運転されている方は、こちらを選択してください。) <input type="checkbox"/> 原付・二輪車	
普通免許取得後の年数 (原付・二輪は0年)	<input type="checkbox"/> 0～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上	
備考	※ 適性診断開始時間の10分前にご来所ください。 ※ 診断当日は免許証、眼鏡等をお持ち下さい。	

お問い合わせ先 金町自動車教習所 TEL : 03-3607-5101

受付		担当者	
----	--	-----	--