

適性診断受診申込書

* 太枠内を記入して下さい。

記入日：平成 年 月 日

受診者氏名		性別	男性 ・ 女性
本籍地		都 ・ 道 ・ 府 ・ 県	
現住所			
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	生
連絡先	TEL () -	FAX	
適性診断の種類該当に○	一般診断 ・ 特定診断Ⅰ ・ 初任診断 ・ 適齢診断		
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先電話及びFAX番号	TEL () -	FAX	
業態区分 該当に○	バス ・ タクシー ・ 個人タクシー ・ トラック ・ その他		
受診希望日	平成	年 月 日	
問い合わせ	〒029-0803 岩手県一関市千厩町千厩字中木六30 千厩自動車学校		
	TEL 0191-52-2118 ・ FAX 0191-52-4275		
職員記入欄			
支払い方法	現金 ・ 振込み ・ その他	確認	済 ・ 未
受診日	平成 年 月 日	連絡	済 ・ 未
受付日	平成 年 月 日	受付者印	
運転免許証コピー添付欄		管理者印	