

# 運転適性診断申込書

## ■ 所属企業情報

申込日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
企業名		支店・営業所名	
ご住所	〒		
TEL		FAX	
フリガナ		該当する種別・各協会所属か否か○をつけて下さい	
担当者名		貨物	ハイタク
		バス	その他
		会員	非会員

## ■ 受診者情報

フリガナ お名前	生年月日 (西暦でご記入下さい)	診断の種類 (○をつけて下さい)	ご希望日時 (○をつけて下さい)
	年 月 日	● 初任 ● 適齢 ● 特定 I ● 一般 ● カウンセリング付き一般診断	月 日 午前 午後
	年 月 日	● 初任 ● 適齢 ● 特定 I ● 一般 ● カウンセリング付き一般診断	月 日 午前 午後
	年 月 日	● 初任 ● 適齢 ● 特定 I ● 一般 ● カウンセリング付き一般診断	月 日 午前 午後
	年 月 日	● 初任 ● 適齢 ● 特定 I ● 一般 ● カウンセリング付き一般診断	月 日 午前 午後

開始時刻について 午前は10:00から、午後は14:00からの実施となります。  
10分前までに受付をお済ませ下さい。  
※ご記入いただきました情報は、弊社の個人情報保護規定に従って管理し、  
他の目的には使用いたしません。

運転適性診断申込書は、必要事項を記入し、FAXをお送りください  
予約枠がいっぱいの場合、ご希望に添えない場合があります。  
ご不明な点につきましてはお問い合わせ下さい。

## 石巻中部自動車学校

TEL.0225-94-1285

FAX.0225-94-1288

住所 宮城県石巻市門脇字浦屋敷124-1