適　性　診　断　申　込　書

受診希望日 〇を付けて下さい	第一希望日　　平成　　年　　月　　日	※１ 第一部・第二部	
	第二希望日　　平成　　年　　月　　日	第一部・第二部	
	第三希望日　　平成　　年　　月　　日	第一部・第二部	
氏　　名	フリガナ　　（　　歳） 氏　　名	性　　別	男　・　女
生年月日	西暦　　年　　月　　日		
職　　種 〇を付けて下さい	①バス　②ハイヤー・タクシー　③個人タクシー　④トラック （　その他　：　　）　経験年数　：　新規　・　　年		
所持免許 レ点を付けて下さい	□普通車　□中型　□中型８ｔ限定　□大型 □普通二輪　□大型二輪　□けん引　□大型特種 □普通二種　□中型二種　□大型二種		
適性診断の種類 レ点を付けて下さい	□初任診断　□適齢診断　□特定診断　□一般診断 □一般診断（カウンセリング付）		
勤　務　先	社名・事業者名 住所　〒 電話番号　　◇FAX 担当者氏名　　◇ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
助　成　金 〇を付けて下さい	※２　　使用する　・　使用しない		

※１　第一部　9:00~11:40 頃　　第二部　13:00~15:40 頃

※２　助成金使用の制限があります。各企業・団体にご確認くださいますようお願い致します。

受診予約確認票の返信（FAX）は、２営業日以内に致します。（月曜定休日）
大変申し訳ありませんが、返信が無い場合電話で確認くださいますようお願い致します。
適性診断受診証明書（有料）が必要な方は当日申込時に受付にお尋ねください。

小田原ドライビングスクール　TEL　0465-36-1215　FAX　0465-37-4603
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　safety-lab@odawara-ds.com