

適 性 診 断 申 込 書

受診希望日 ○を付けて下さい	第一希望日 年 月 日	※1 第一部・第二部	
	第二希望日 年 月 日	第一部・第二部	
	第三希望日 年 月 日	第一部・第二部	
氏 名	フリガナ (歳)	性 別	男 ・ 女
	氏 名		
生年月日	西暦 年 月 日		
職 種 ○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 8 t 限定 ☐ 大型 ☐ 普通二輪 ☐ 大型二輪 ☐ けん引 ☐ 大型特殊 ☐ 普通二種 ☐ 中型二種 ☐ 大型二種 ☐ 準中型 ☐ 準中型 5 t 限定		
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 ◇メールアドレス		
助 成 金 ○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 14:00~16:40 頃

※2 助成金使用の制限があります。各企業・団体にご確認下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・他変則休校日有)
 大変申し訳ありませんが、返信が無い場合お電話でご確認下さいますようお願い致します。

・適性診断受診証明書 (税込 110 円) が必要な方は診断予約時にお申し付けください。