**適　性　診　断　申　込　書（貨物用）**

第一部(9:00~) 第二部(14:00~)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望日 |  | 第一希望日 | | 年　　　月　　　日　　　曜日 | | 第一部　・　第二部 |
|  | 第二希望日 | | 年　　　月　　　日　　　曜日 | | 第一部　・　第二部 |
|  | 第三希望日 | | 年　　　月　　　日　　　曜日 | | 第一部　・　第二部 |
| フリガナ |  | | | | 男　　　・　　　女 | |
| 氏名 |  | | | |
| 西暦　　　 　　年　　　月　　　日生  （満　　　　　　歳） | |
| 運転歴 | トラックの経験年数　：　　初任　　・　　　ｔ車を　　　年　　その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 所持免許 | □普通　　□準５ｔ　　□準中　　　□中８ｔ　　□中型　　　□大型　　　　　　　　□普二　　□中二　　　□大二　　　□け引　　　□大特　　　□普二輪　　□大二輪 | | | | | |
| 診断種類 | □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  担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　MAIL | | | | | |
| 助成金 | 使用する　・　しない　　※神奈川県トラック協会加盟事業者様及び初任・適齢のみ | | | | | |
| 診断受診証明書(税込330円) | | | 希望する　・　希望しない　　※法的には必要ありません | | | |

※第一部（9:00~11:40）　第二部（14:00~16:40）

※助成金使用には制限があります。各企業・団体にご確認下さいます様お願い致します。

※受診日確定の返信(ＦＡＸ)は２営業日以内に致します。(月定休・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様お願い致します。

受付済印

この度は適性診断お申込みいただき誠にありがとうございます。上記○の日程で

受診予約が確定致しましたのでご確認下さい。当日は**診断開始時刻１５分前**にお越

しいただき、こちらの用紙を受付に提出してください。他の受診者も居ますので遅

刻すると受診できません。時間厳守でお願い申し上げます。

**[持ち物]**

1. 本用紙（受付済印が押印してあるもの）　②運転免許証
2. 眼鏡（必要な方）　　　　　　　　　　　④受診代金（現金のみ）￥

**[注意事項]**

・やむを得ずキャンセルさせる場合は必ずご連絡をお願い致します。キャンセル料は３日前～前日までが受診代金の50％、当日キャンセルは100％となります。

・駐車場の台数には限りがございますため、公共交通機関をご利用ください。

・領収書の宛名は御社名で発行致します。個人名で希望される場合はお申し出下さい。

小田原ドライビングスクール講習部：担当　柴野・富澤

〒250-0865 小田原市蓮正寺540-2　TEL　0465-36-1215　　FAX　0465-37-4603