

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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 準5t <input type="checkbox"/> 準中 <input type="checkbox"/> 中8t <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 普二 <input type="checkbox"/> 中二 <input type="checkbox"/> 大二 <input type="checkbox"/> け引 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> 普二輪 <input type="checkbox"/> 大二輪						
	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断 <input type="checkbox"/> 一般診断 <input type="checkbox"/> 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。

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。

受付済印

[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
 ③ 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