

受付印欄

適性診断申込書

※太枠の欄はすべてご記入下さい。(□は該当する項目にレ点を入れてください。)

申込日	年	月	日	(整理番号)
受診希望日時	年 月 日			午前	: ~
				午後	: ~
受診者の氏名	フリガナ 氏 名 様				
生年月日	西暦	年	月	日	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所持免許	<input type="checkbox"/> 第2種、大型、中型 (限定なし) のいずれか			運転経歴	
	<input type="checkbox"/> 第1種普通 (8t限定含む) <input type="checkbox"/> 原付			年	
受診者の業態	<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> ハイヤー・タクシー <input type="checkbox"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 (職種:)				
適性診断の種類と料金	<input type="checkbox"/> 初任診断 (4,800円) <input type="checkbox"/> 特定診断 I (9,300円) <input type="checkbox"/> 適齢診断 (4,800円) <input type="checkbox"/> 一般診断/カウンセリングなし (2,400円) <input type="checkbox"/> 一般診断/カウンセリング付 (4,800円)				
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない ※数に限りがございます。また、大型車でのご来校はご遠慮願います。				
受診者の勤務先	フリガナ				
	社名・事業者名				
		静岡県トラック協会の会員の場合は✓を入れてください。 <input type="checkbox"/>			
	住所 〒				
	電話番号	—	—	—	—
	FAX	—	—	—	—
	ご担当者名	様			

※本紙をFAXで送信する前に、電話にて仮予約を行ってください。仮予約が済みましたら必要事項記入の上、当校までFAXしてください。FAX到着確認後、受付印を押し、返送いたします。(3日経っても返送がない場合、お手数ですがご連絡をお願いします。)

受信時確認

- 受診日当日のご案内
 - ・適性診断申込書(受付印が押印されたもの)と受診料は、受診日当日に持参して下さい。
 - ・受診日は、診断開始10分前までには、当校受付までお越しください。
 - ・診断予約をキャンセルされる場合は、前日までに電話連絡をお願いします。
- 受診場所・連絡先

学校法人静岡自動車学園 静岡県自動車学校 沼津校

〒410-0302 静岡県沼津市東椎路419-1 TEL : 055-921-7171 FAX : 055-921-2985