

適性診断予約申込書

(FAX送信用)

太線枠 …… 該当するものに✓印を入れてください。
破線枠 …… 必要事項をご記入ください。

申込日 平成 年 月 日

受診種類 初任診断:4,600円 適齢診断:4,600円 特定診断Ⅰ:8,800円
 一般診断:2,200円 カウンセリング付一般診断:4,600円

会社名 (営業所・支店名) () 業態 タクシー・個人タクシー・バス
 トラック・自家用・その他

住所 (診断結果送付先) 〒 - ※ ○で囲んでください

電話番号 - - ご担当者名

FAX番号 - -

【予約希望日】 ※枠内に診断希望日、曜日および開始時間区分をご記入ください。

第1希望 月 日 曜日 【第 部】

第2希望 月 日 曜日 【第 部】

第3希望 月 日 曜日 【第 部】

※開始時間区分 【第1部…9:00～】 【第2部…13:00～】 【第3部…16:00～】

【受診される方】 ※「料金区分」欄で「現金」の場合は、会社負担または個人負担を選択してください

フリガナ

氏名 性別 男 女

生年月日・年齢 大正 昭和 平成 年 月 日 歳

所持免許種類 ※所持免許全てに✓

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大型	中型	普通	大特	大自二	普自二	小特	原付	け引	大二種	中二種	普二種	大特二種	け引二種

※「中型8t限定」は「普通」とみなす。

眼鏡等使用の有無 無 有 免許歴 年 ※自動車免許取得後の年数

適性診断受診経験 無 有 ⇒ 約 年 ヶ月前に受診した。

料金区分 ※番号を選択

1. 現金 → 会社負担 個人負担 2. 後納 (後日請求させていただきます)
3. ハイタク共済 4. その他(要問合せ)

診断結果票の取扱い ※受診者に1部をお持ち帰りいただきます。指導・管理用の取扱いを選択してください。

①受診者用を提出させるので不要 ②もう1部を上記住所に郵送してほしい
※②の場合、受診者には診断票のコピーをお渡しますので、あらかじめご了承ください。

受診証明書 不要 必要 ⇒ 枚 ※1枚100円(税込)です。

問合せ先 株式会社 都南自動車教習所
〒252-0021 神奈川県座間市緑ヶ丘4-20-1 (小田急線「相武台前」駅から徒歩5分)
電話 046-253-5151 FAX 046-253-5054

【予約受付時間】 火～日曜日…9:00～18:00