

適性診断受診申込書・受診票

※. 受診日は事前に予約していただいたものを記入してFAX願います。受理印を押捺して返信します。

太枠の中をご記入ください(該当する□欄に✓をご記入ください)

		申込日	年	月	日
受診日	年 月 日				
□9:50 □13:50 □17:00 ※受付は10分前までには終わらせて下さい。					
診断区分	□特定診断I		□初任診断		□適齢診断
	□一般診断①		□一般診断②(カウンセリング付)		

申 込 者	ふりがな				
	事業者名				
	所属営業所名				
	所在地	〒 -			
	連絡先	電話	()		担当者名
		FAX	()		
	事業形態	□トラック □バス □ハイヤー・タクシー □その他()			
協会加入の有無	□愛媛県トラック協会 □愛媛県バス協会 □愛媛県タクシー協会 □なし・その他				

ふりがな			性別
受診者名			□男 □女
生年月日	□昭和・□平成 年 月 日生(歳)		
所持免許	□大型二種 □大型	運転経験年数 年	
	□中型二種 □中型		
	□普通二種 □普通 □準中型		
	□大特二種 □大特		
	□牽引二種 □牽引		
	□大型二輪 □普通二輪		
	□小型特殊 □原付		

受診料	
□ 特定診断I	9,300円
□ 初任診断	4,800円
□ 適齢診断	4,800円
□ 一般診断①	2,400円
□ 一般診断②	4,800円

申込受理印

※運転経験年数は、普通免許取得後の年数をご記入ください。

【 持参品 】

- ①本票(申込受理印が押印されたもの)
- ②受診料金 ③筆記用具
- ④運転免許証 ⑤メガネ等(必要な方)

【 受診会場 】

松山市朝生田町4丁目4-32

第一自動車教習所

FAX 089-947-3262

TEL 089-932-1151

			受付
受理年月日	年	月	日
返送日	年	月	日