

適性診断受診申込書

1. 診断実施希望日

出来る限り第3希望まで ご記入ください。	月 日	時 間
第一希望日	月 日	:
第二希望日	月 日	:
第三希望日	月 日	:

2. 勤務先情報

会社名	
ご住所	
お電話番号	
ご担当者名	

3. 受診者情報

所属営業所名					
氏名（フリガナ）	セイ		メイ		サマ
氏名（漢字）	姓		名		様
生年月日	西暦		年		月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
業態	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> 自家用車（その他） <input type="checkbox"/> 自家用車（ダンプ）				
職種	<input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他				
免許の有無	<input type="checkbox"/> 免許有り <input type="checkbox"/> 免許無し <input type="checkbox"/> 不明				
免許の種類	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型 <input type="checkbox"/> 第一種普通（普通免許で8t未満の中型自動車を運転されている方はこちらを選択してください。） <input type="checkbox"/> 原付・二輪				
普通免許取得後の年数	<input type="checkbox"/> 0～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上				

4. 適性診断の種類

希望する適性診断	<input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 一般診断 <input type="checkbox"/> 特定I診断
----------	--

5. その他

適性診断受診証明書の発行	通	運輸局等への提出するため別様式の証明書が必要な方は、1通につき300円で発行します。
適性診断票の追加発行（謄本）	通	適性診断票は、受診者様用と事業者様用の2通発行いたします。これ以外に適性診断票が必要な方は1通につき400円で発行します。

6. お問い合わせ先

〒243-0017

神奈川県厚木市栄町1-1-7 アーベインSTK栄町ビル 2階 運輸部安全管理課 適性診断担当

TEL：046-222-1839 FAX：046-222-1530