別記様式　8

適性診断受診申込書

＊太枠内を記入してください。　　記入日：令和　　年　　月　　日

受診者氏名			
本籍地（都道府県のみ） ※不明の場合は未記入で可		性別	男性　女性
現住所			
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日生		
連絡先	TEL　　（　　）　　FAX		
適性診断の種類（該当に〇）	一般診断　・　特定診断Ⅰ　・　初任診断　・　適齢診断		
勤務先名			
勤務先電話及びFAX番号	TEL　　（　　）　　FAX		
業態区分（該当に〇）	バス　・　タクシー　・　個人タクシー　・　トラック　・　その他		
受診希望日	令和　　年　　月　　日		
支払方法（該当に〇）	現金　・　振込　・　助成金　・　その他（　　）		

～　事業所様・受診者様へ　～

〇　当日は運転免許証、受診料（現金の場合）をお持ちの上、午後１２時４０分までにお越しください。

〇　協会の助成金は上限、期日等にご注意ください。　　〇　請求書が必要な場合は事前にご連絡ください。

自　動　車　学　校　記　入　欄

受診日	令和　　年　　月　　日	受付者印	
受付日	令和　　年　　月　　日	管理者印	
確認・連絡	済　・　未	備考欄	

運転免許証コピー添付欄

問合せ：　千厩自動車学校　〒029-0803　一関市千厩町千厩字中木六30　TEL 0191-52-2118／FAX 52-4275