

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。

(整理番号 )

受診希望日時	令和 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 <input type="checkbox"/> 第1種普通（8t限定含む） <input type="checkbox"/> 原付
受診者の業態 (該当するものを○で囲んで下さい)	<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	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断 I <input type="checkbox"/> 一般診断
適性診断の料金	<input type="checkbox"/> 初任診断（4,800円） <input type="checkbox"/> 適齢診断（4,800円） <input type="checkbox"/> 特定診断 I（9,300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）
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

コロナウイルス感染防止対策の為、受付時の体温測定に同意します

( 37.5度以上の場合は受診できません )

静岡県自動車学校 交通教育センター

静岡市葵区宮前町71-1 交通教育センター 2F

返信FAX番号 054-267-2232