

# 適性診断受診申込書・受診票

別紙 1

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	西暦	年	月	日
受診日	(西暦)	年	月	日		
	□9:40		□10:40		□13:30 □15:30	
診断区分	□初任診断		□適齢診断		□特定診断 I	
	□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	(西暦)	年 月 日生( 歳)	
所持免許	□大型二種	□中型二種	□普通二種
	□けん引二種	□大特二種	□大型
	□中型	□大型特殊	□普通
	□けん引	□準中型	□普通二輪
	□小型特殊	□大型二輪	
運転経験年数	年		

受診料	
□初任診断	4,700 円
□適齢診断	4,700 円
□特定診断 I	9,100 円
□一般診断	2,300 円
□一般診断②	4,700 円

□当日現金で支払
□事業所へ請求書を送付

※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】

- ・本票(申込受理印が押印されたもの) ・受診料金
- ・筆記用具 ・運転免許証 ・眼鏡等(必要な方)

## 【受診会場】

松山市中央1丁目1番41号  
城西自動車学校 電話(089)925-0105 FAX(089)923-6334

< 申込受理印 >

					受付
受理年月日	西暦	年	月	日	
返送日	西暦	年	月	日	