

適 性 診 断 受 診 申 込 書

※太枠内をご記入ください。 記入日 ： 令和 年 月 日

診断種類 (□に✓)	☐ 一般診断(☐ 定期・ ☐ C 付) ☐ 初任 ☐ 適齢 ☐ 特定 I		
業態	☐ バス・ ☐ ハイタク・ ☐ 個人タクシー・ ☐ トラック・ ☐ 自家用(ダンプ)・ その他()※北海道トラック協会(☐ 会員 ☐ 非会員)		
免許種類	☐ 大型・ ☐ 中型・ ☐ 中型8t限定・ ☐ 準中型・ ☐ 準中型5t限定・ ☐ 普通 ☐ 大型二種・ ☐ 中型二種・ ☐ 普通二種 (免許取得年数 年)		
会社名 営業所名	※省略せずにご記入ください。(事業者コード ※職員記入)		
住所			
電話番号		担当者	
FAX		☐ 本人	
勤務年数 年 / 受診回数 回 (前回受信場所 : 新札幌自動車学園 ・ その他)			
受診者氏名 (フリガナ)			
生年月日		年齢 歳	性別 ☐ 男性 ・ ☐ 女性
職名	☐ 運行管理者 ☐ ドライバー ☐ その他()		
受診希望日	第 1 希望 令和 年 月 日 (☐ 午前・ ☐ 午後)		
	第 2 希望 令和 年 月 日 (☐ 午前・ ☐ 午後)		
	第 3 希望 令和 年 月 日 (☐ 午前・ ☐ 午後)		
支払方法	☐ 現金 ☐ その他()		
連絡先(上記住所と違う場合)			

■	受付番号	No,	受診日	年 月 日 (☐ 午前・ ☐ 午後)	
	支払方法	☐ 現金 ☐ 交付金 ☐ 助成金 ☐ 共済 ☐ その他			
	診断票	☐ 持ち帰る ☐ 持ち帰らない			
	備考欄				

送信先 FAX:011-375-3749 実施機関 新札幌自動車学園