適　性　診　断　申　込　書

FAX番号 072－334－6427

年　　月　　日

太枠部分をご記入の上、FAXにて申込みください。

受　診　日　時	月　　日　　9:20 ・ 11:20 ・ 13:20 ・ 15:10 ・ 17:10				
診断の種類	初任診断 ・ 適齢診断 ・ 特定診断Ⅰ ・ 一般診断 ・ 一般診断カウンセリング付				
事業所名(会社名)					
営業所名(支部名)					
事業所(営業所)住所	〒				
連絡先	TEL		FAX		
フ リ ガ ナ					
申込み責任者					
フ リ ガ ナ				年 齢	
受 診 者 名			男・女		歳
生 年 月 日	S・H・R　　年　　月　　日生				
業　　態	トラック　　タクシー　　個人タクシー バス(路線/貸切　　自家用車				
職　　種	運転手　　管理者　　その他				
免 許 の 種 類 (複数選択可)	□ 第二種・第一種中型・第一種大型(どれか一つ持っていればチェック) □ 第一種普通(法改正前の普通免許で5t・8t未満の準中型及び中型免許を含む) □ 原付　　□ なし				
免許取得年数 (四輪取得後の年数)	□ 0～5年未満　　□ 5年～10年未満　　□ 10年～20年未満 □ 20年～30年未満　　□ 30年以上				

◇ 受診日には、以下のものを忘れずに持参ください。

※ この適性診断申込書
※ 振込明細書（振込手数料はご負担願います。）
振込先 りそな銀行　阿倍野橋支店　　普通口座　5052536
振込先名　ガッコウホウジン　アマミガクエン
受診日の5日前までにお振込みをお願いします。

夜 間 視 力	
1	2

◇ 注意点

※ 開始時間に遅れた方は受診できません。
また、受診料金入金後の返金はできません。予めご了承ください。
※ 公共交通機関でお越しください。
近鉄南大阪線、河内天美駅下車 徒歩約5分。
※ 当校の駐車場を利用することはできません。また、敷地内は全面禁煙です。ご協力をお願いいたします。ご理解いただけない場合は受診をお断りします。