適性診断申込書

**平成　　　年　　　月　　　日**

**(公社)留萌地域人材開発センター運営協会**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | |  | | |  | | | | | | | |
| **１．診断の種類** | | | | | | | | | | | | |
| **診断の**  **種類** | **□　一般（定期）診断** | | | | | | | | | | | |
| **２．受診者に関する申込み内容** | | | | | | | | | | | | |
| 事業者（会社）名 | | |  | | | | | | | | | |
| 営業所名 | | |  | | | | | | | | | |
| 住所（会社または営業所） | | | 〒　　　　－　　　　　（電話：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 氏名（フリガナ） | | | ｾｲ |  | | | ﾒｲ |  | | | | |
| 氏名（漢字） | | | 姓 |  | | | 名 |  | | | | |
| 生年月日 | | | □大正　　□昭和　　□平成 | | |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 性別 | | | □男　　　□女 | | | | | | | | | |
| 事業種 | | | □バス　　　　□ハイタク　　　　□個人タクシー  □トラック　　□自家用（その他）　　□自家用（ダンプ） | | | | | | | | | |
| 職種 | | | □運転手　　　□管理者　　□その他 | | | | | | | | | |
| 免許有無 | | | □免許有り　　□免許無し | | | | | | | | | |
| 免許種類（複数選択可） | | | □第二種・第一種中型・第一種大型  □第一種普通（改定前の普通免許で８トン未満の中型自動車を運転されている方はこちらを選択してください）  □原付 | | | | | | | | | |
| 免許年数 | | | □０～５年未満　　□５～１０年未満　　□１０～２０年未満  □２０～３０年未満　　□３０年以上 | | | | | | | | | |
| 指導要領の持ち帰り | | | □持ち帰る　　□営業所に郵送する | | | | | | | | | |
| 料金区分 | | | □現金　　□振込（　　　　　　　　　　）　　□後納 | | | | | | | | | |

※センター記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診予定日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 受診時間 | □午前(10：00～)　□午後(13：30～) |
| 区分 | □トラック協会　　□センター会員　　□その他 | | |
| □　初回利用　　　　□　過去利用あり | | | |