

適性診断 F A X 予約申込書

受診される種別に○印 (一 般 ・ 初 任)

ふ り が な

会 社 名

営業所・支店名

郵 便 番 号

住 所

電 話 番 号

F A X 番 号

ご 担 当 者 名

お客様の業態 バス・タクシー・個人タクシー・トラック・自家用 (該当するものに○印)

※座席数に限りがありますので、3日前までにお送りください。

●予約希望日 (□欄はチェックで記入してください)

第1予約希望日	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 第一部	<input type="checkbox"/> 第二部	<input type="checkbox"/> 第三部	<input type="checkbox"/> 第四部	<input type="checkbox"/> 第五部
第2予約希望日	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 第一部	<input type="checkbox"/> 第二部	<input type="checkbox"/> 第三部	<input type="checkbox"/> 第四部	<input type="checkbox"/> 第五部
第3予約希望日	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 第一部	<input type="checkbox"/> 第二部	<input type="checkbox"/> 第三部	<input type="checkbox"/> 第四部	<input type="checkbox"/> 第五部

受付時間 第一部 8:40～9:00
第二部 10:10～10:30
第三部 11:40～12:00
第四部 13:10～13:30 (毎週水曜日・木曜日は適齢診断のみ)
第五部 14:40～15:00

受付終了次第、診断開始となります

●受診される方 (□欄はチェックで記入してください)

氏名(フリガナ)	セイ		メイ	
氏名(漢字)	姓		名	
生年月日・年齢	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 満 歳			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
免許種類	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型・第一種けん引のいずれか <input type="checkbox"/> 第一種普通(改正前の普通免許で8トン未満限定の中型を取得されている方は、こちらを選択してください)・自動二輪車・大型特殊のいずれか <input type="checkbox"/> 原付・免許なし			
免許年数 ※第一種免許取得後	<input type="checkbox"/> 0～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上 (自動車の免許取得後の年数)			
料金区分	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 後納 <input type="checkbox"/> 交付金(千葉県トラック協会員) <input type="checkbox"/> ハイタク共済 <input type="checkbox"/> トラック共済			
適性診断票の取扱い	※適性診断結果票は 2部発行(本人用、会社用)、原則お持ち帰りいただきます。			
証明書発行枚数 ※1枚100円	【 】枚 ※証明書は運輸支局等への手続き用に使用されるもので 診断結果とは違います。	謄本発行枚数 ※1枚100円	追加【 】枚 ※適性診断票の謄本を追加希望される場合は 追加枚数 を記入してください。	

問合せ先 独立行政法人 自動車事故対策機構 千葉支所

〒261-7125 千葉市美浜区中瀬2-6 ワールドビジネスガーデンマリブウエスト25階

電話 043-350-1730 FAX 043-350-1731

JR海浜幕張駅南口から徒歩3分