

一般適性診断申込書

年 月 日

(一社) 茨城県トラック協会あて

FAX : 0 2 9 - 2 4 3 - 5 9 3 6

会社名・営業所名

住 所

担当者名

電話番号

F A X 番号

協 会 受 付 印

受診希望月日	月 日 (木)	月 日 (木)
受診時間 (○を記入)	① () 9 : 00 ~ 10 : 15 ② () 10 : 15 ~ 11 : 30 ③ () 13 : 30 ~ 14 : 45 ④ () 14 : 45 ~ 16 : 00	① () 9 : 00 ~ 10 : 15 ② () 10 : 15 ~ 11 : 30 ③ () 13 : 30 ~ 14 : 45 ④ () 14 : 45 ~ 16 : 00
(フリガナ) 受診者氏名		
生 年 月 日	S ・ H 年 月 日 (才)	S ・ H 年 月 日 (才)
性 別	男性 ・ 女性	男性 ・ 女性
免許の種類	大型 ・ 中型 ・ 中型 (8t 限定) 準中型 ・ 普通	大型 ・ 中型 ・ 中型 (8t 限定) 準中型 ・ 普通
普通免許取得後の 経験年数	5 年未満 ・ 5 ~ 10 年 10 ~ 20 年 ・ 20 ~ 30 年 ・ 30 年以上	5 年未満 ・ 5 ~ 10 年 10 ~ 20 年 ・ 20 ~ 30 年 ・ 30 年以上