

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・準中型(5t 限定) 普通	大型・中型・中型(8t 限定) 準中型・準中型(5t 限定) 普通
事業用トラックの 運転経験年数	なし・5年未満・5～10年 10～20年・20～30年・30年以上	なし・5年未満・5～10年 10～20年・20～30年・30年以上