

## 認定適性診断受診申込書

(申込先FAX：096-288-9742)

受付印

- ①診断は予約制となっておりますので、必ず電話による空き状況の確認後、お申し込みください。
- ②予約確定後、予約確認書に受付印を押印して返送します。受付印が押印されていない申込書は無効となりますのでご注意ください。
- ③診断開始時間に遅れると受診をお断りする場合があります。

※太枠内を記入し、□には、該当する項目に  を入れて下さい。

診断の種類	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断 I		
診断予約日時	令和      年      月      日		
	<input type="checkbox"/> AM (9:30から) <input type="checkbox"/> PM (13:30から)    (受付開始は各時間の15分前から)		
会社名		営業所名	
住所	(〒      -      )		
TEL	-      -	FAX	-      -
担当者名			

## 【受診者情報】

氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 (年齢      歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	勤務歴	年	か月
免許種類 【複数選択可】	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれか		<input type="checkbox"/> 免許なし	
	<input type="checkbox"/> 第一種普通 (8トン限定中型含む)		<input type="checkbox"/> 原付	
免許年数	<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		

## 【予約確認書】

※当日は予約確認書(受付印のある本書)をお持ちください。  
また、眼鏡をお持ちの方はご持参ください。

診断日	月      日      AM ・ PM
実施場所	南九共済会館2階 適性診断室 (熊本市東区山ノ内1丁目4-20)
受診手数料	円
連絡事項	

【連絡先】 適性診断室 西・本田  
TEL：096-369-0108 / FAX：096-288-9742