

適性診断受診申込書兼受診予約確認書

太枠の中をご記入ください（該当する□欄に「レ」をご記入ください。

申込日 令和 年 月 日

受診日	令和	年	月	日	()	
	<input type="checkbox"/> 7:00	<input type="checkbox"/> 9:00	<input type="checkbox"/> 11:00	<input type="checkbox"/> 13:00	<input type="checkbox"/> 15:00	<input type="checkbox"/> 17:00
診断区分	<input type="checkbox"/> 特定診断 I		<input type="checkbox"/> 初任診断		<input type="checkbox"/> 適齢診断	
	<input type="checkbox"/> 一般診断①		<input type="checkbox"/> 一般診断② (カウンセリング付)			
受診会場	<input type="checkbox"/> 山形中央校		<input type="checkbox"/> さくらんぼ校		<input type="checkbox"/> 赤湯校	<input type="checkbox"/> 村山校

※受診日は事前に予約していただいたものを記入してFAX願います。受理印を押捺して返信します。

申 込 者	ふりがな				
	事業者名				
	所属営業所名				
	所在地	〒 —			
	連絡先	電話	()		担当者名
		FAX	()		
事業形態	<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイヤー・タクシー <input type="checkbox"/> その他 ()				

ふりがな			性別
受診者名			<input type="checkbox"/> 男
			<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(歳)		
所持免許	<input type="checkbox"/> 大型二種	<input type="checkbox"/> 大型	運転経験年数
	<input type="checkbox"/> 中型二種	<input type="checkbox"/> 中型	
	<input type="checkbox"/> 普通二種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 準中型	
	<input type="checkbox"/> 大特二種	<input type="checkbox"/> 大特	
	<input type="checkbox"/> 牽引二種	<input type="checkbox"/> 牽引	
	<input type="checkbox"/> 大型二輪	<input type="checkbox"/> 普通二輪	
	<input type="checkbox"/> 小型特殊	<input type="checkbox"/> 原付	
			年

※運転経験年数は、普通免許取得後の年数をご記入ください。

受診料	
<input type="checkbox"/> 特定診断 I	9,300円
<input type="checkbox"/> 初任診断	4,800円
<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,800円
<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,400円
<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,800円

申込受理印

【持ち物】 ①本票（申込受理印が押印されたもの） ②受診料金
③筆記用具 ④運転免許証 ⑤眼鏡等（必要な方）

【受診会場】

- マツキドライビングスクール 山形中央校
〒990-2161 山形県山形市大字漆山字北志田3385-1
TEL:023-686-2650 FAX:023-686-2598
- マツキドライビングスクール さくらんぼ校
〒995-0003 山形県村山市大字本飯田118
TEL:0237-58-2131 FAX:0237-58-2629
- マツキドライビングスクール 赤湯校
〒992-0472 山形県南陽市宮内68
TEL:0238-47-2393 FAX:0238-47-5993
- マツキドライビングスクール 村山校
〒995-0005 山形県村山市櫛山字金谷原3073
TEL:0237-55-5680 FAX:0237-55-6640

診断予定日
月 日 ()
開始時間
時 分
特定 I ・ 初任 ・ 適齢 一般① ・ 一般②

受理	受付
令和 年 月 日	令和 年 月 日
返送	受付
令和 年 月 日	令和 年 月 日