

# 適性診断申込書 (FAX)

## FAX0561-36-1210

番号に誤りがないか発信前に再度ご確認をお願いいたします。

|                          |  |                                      |  |  |   |                                       |  |  |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|--|--|
| 電話で仮予約した診断に☑を入れてください。    |  |                                      |  |  |   |                                       |  |  |
| 初任診断                     |  | 午前 9:00~<br>午後 13:00~                |  | 適齢診断   |   | 午前 9:00~<br>午後 13:00~                 |  |  |
| 受診日                      |  | 平成 年 月 日                             |  |  |   |                                       |  |  |
| 受診者                      | なまえ  | ※ひらがなでご記入ください                        |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 生年月日<br>年齢  | 昭・平 年 月 日<br>( )歳<br>※生年月日は必ずご記入ください。 |  |  |
|                          | 勤務先<br>所在地   | 〒 -                                  |  |  |   |                                       |  |  |
| 申込事業所                    | 事業所名   |                                      |  |  |   |                                       |  |  |
|                          | 所在地  | 〒 -                                  |  |  |   |                                       |  |  |
|                          | 区分   | <input type="checkbox"/> 愛知県トラック協会会員 |  | 支部   | <input type="checkbox"/> 愛知県トラック協会非会員   |                                       |  |  |
|                          | 申込責任者  |                                      |  |  | 所属役職名   |                                       |  |  |
|                          | 連絡先  | TEL - -                              |  |  | FAX - -   |                                       |  |  |
| 申込方法                     | 1.あらかじめ電話にて日程の予約をしてください。<br>2.電話予約後、3日以内に申込書をFAXしてください。<br>3.申込書受理後、「診断予約確定書・請求書」「診断受診票」を申込事業所宛にFAX又は郵送させていただきます。<br>4.受診をキャンセルする場合は必ず連絡をしてください。 |                                      |  | 診断の<br>注意点   | 1.診断の都合上、開始時間に遅れますと受診できませんのでご注意ください。<br>2.運転中もしくは日常生活において、眼鏡・老眼鏡(又はコンタクトレンズ)を使用されている方は必ずご持参ください。(特に老眼の方)<br>3.日本語でのコミュニケーションが取れない方や漢字等の読み書きができない方は正確な診断結果がおだしできないため受診はできません。(診断開始後、適正な受講ができないことが判明した場合、診断をお断りします。その場合は、診断料金の返却は致しませんのでご了承ください。) |                                       |  |  |
| 診断予約の<br>キャンセル<br>受診者の変更 | キャンセルの場合は、月曜日～金曜日(祝祭日は除く)の9:00～17:00に電話でキャンセルしてください。<br>連絡が無くキャンセルされた場合は、次回からの受診をお断りすることがあります。   |                                      |  |  |   |                                       |  |  |

- 支払方法：当日現金支払い
- 受付時間：[午前]9:00～9:10 [午後]13:00～13:10  
※時間厳守(受付に間に合わなかった場合は診断をお断りします。)
- 持ち物： 診断受診票 /  筆記用具(黒ボールペン) /  眼鏡・老眼鏡(必要な方)  
 診断料

[適性診断結果票について]適性診断結果は原則受診者にお渡ししています。