

適性診断申込書 (FAX)

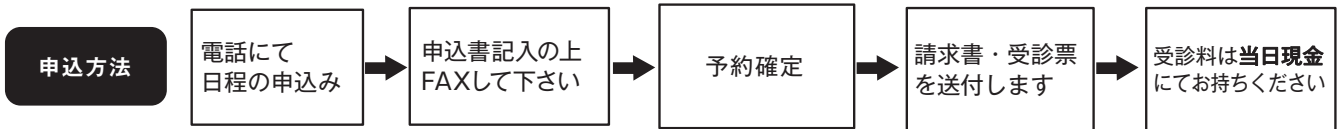
FAX 0561-36-1210

電話で仮予約した後すべて記入してください

申込日 令和 年 月 日

受診日	令和 年 月 日 ()						
申込事業者	所在地	〒 -					
	事業所名	ふりがな					
	代表者氏名	⑩					
	申込担当者	ふりがな	TEL	-	-		
			FAX	-	-		
	メールアドレス	@					
会員種別	愛知県トラック協会 支部			<input type="checkbox"/> 左記以外 (会員外)			
受講者	①	ふりがな	診断	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢	男・女	生年月日	S・H 年 月 日生
		氏名		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
		希望言語	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> 英語 会話や診断結果は日本語となります				
	所属協会	<input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 愛知県以外 () 県	勤務先住所	〒 -			
	②	ふりがな	診断	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢	男・女	生年月日	S・H 年 月 日生
		氏名		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
		希望言語	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> 英語				
	所属協会	<input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 愛知県以外 () 県	勤務先住所	〒 -			
	③	ふりがな	診断	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢	男・女	生年月日	S・H 年 月 日生
		氏名		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
		希望言語	<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> 英語				
	所属協会	<input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 愛知県以外 () 県	勤務先住所	〒 -			

●提供された個人情報は当協会の個人情報保護方針に従い、本人の承諾なく事業に無関係な第三者に開示しないものとします。



〈診断予約のキャンセルまたは受診者の変更方法〉

月曜日～金曜日 (祝祭日は除く) の9:00～17:00にご連絡ください。

申し込み・
問い合わせ先

一般社団法人 愛知県トラック協会 研修部 安全指導課

〒470-0207 愛知県みよし市福谷町西ノ洞21番地127

TEL 0561-36-1010 / FAX 0561-36-1210 (番号に誤りがないか再度ご確認をお願いします)