

運転適性診断申込書

<お申込日> 年 月 日

この用紙は、コピーしてお使いください。

加入 トラ ック 協 会	① ○印をおつけください	
	加入なし	大阪府 トラック協会
	兵庫県 トラック協会	京都府 トラック協会
	② 支部名を必ずご記入ください	
	支部	

フリガナ _____

<会社名> _____ <営業所名> _____ <申込担当者名> _____

※ご住所は診断を受診される方の所属する事業所、またはそれを統括する事業所をご記入ください。

<会社住所> 〒 _____

<電話番号> _____ <FAX> _____

事 業 の 種 類	いずれかに○をつけてください	
	バス	ハイタク
	トラック	その他 ()

※運転免許証番号の記入をお願いいたします。



ご予約締切りは前日16:00です (FAX必着) ★インターネット予約もぜひご利用ください!

運転免許証番号 12ケタ	フリガナ お名前	生年月日 (西暦)	性別	診断の種別 (○をつける)	第一希望受診日時	第二希望受診日時
記入例:123456789012	ヤマト タロウ 大和 太郎	1995年 5月 25日	男 女	一般 初任・適齢 個別・特定I	4月 1日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00	4月 2日 10:30 13:00 14:30 16:00
運転免許証番号 12ケタ		西暦 年 月 日	男・女	一般・初任・適齢 個別・特定I	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00
運転免許証番号 12ケタ		西暦 年 月 日	男・女	一般・初任・適齢 個別・特定I	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00
運転免許証番号 12ケタ		西暦 年 月 日	男・女	一般・初任・適齢 個別・特定I	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00
運転免許証番号 12ケタ		西暦 年 月 日	男・女	一般・初任・適齢 個別・特定I	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00	月 日 9:00 10:30 13:00 14:30 16:00

FAX 06-6613-1810

送信方向

FAX 06-6613-1810

FAX: 06-6613-1810

フリーダイヤル おじこにしよう
TEL 0120-625248

ヤマト・スタッフ・サプライ株式会社 関西研修センター
会場 〒559-0034 大阪市住之江区南港北2-1-10 ATC ITM棟 5F
TEL 06-6613-1800