

運転適性診断 受講申込書 兼 予約確定書

新潟道徳運輸株式会社 運転適性診断担当者 あて

下記通り、受講の申込みをいたします。

FAX:025-520-6288

フリガナ			生 年 月 日	
氏 名			昭和 平成	年 月 日生
会 社 名			電話番号	
			FAX番号	
所 在 地	〒			
免 許 種 類	第二種 第一種中型 第一種大型のいずれか 免許なし 第一種普通 (8t限定中型含む) 大型特殊 原付			
免 許 年 数	◎ 0～5年未満 ◎ 5～10年未満 ◎ 10～20年未満			
	◎ 20～30年未満 ◎ 30年以上			

※記入は楷書ではっきりと正確かつ丁寧に記入してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないで下さい。
ご自分の免許種類・免許年数を○で囲って下さい。

希望受講予定日	第1候補	年 月 日	希望時間		①10:00～		②13:30～		③15:30～
	第2候補	年 月 日			①10:00～		②13:30～		③15:30～
	第3候補	年 月 日			①10:00～		②13:30～		③15:30～

希望受講予定日が複数指定できる場合は記入してください。希望時間にレ印をつけて下さい。

受講希望の診断に レ印をつけて下さい。	種類		対象者	受講時期	診断料金(受講時間)
		初任診断	運転者として新たに採用される方	運転者として選任及び乗務する前	4,800円(約2時間)
		適齢診断	65歳以上の運転者の方	65歳になってから1年以内に その後3年ごとに	4,800円(約2時間)
		特定診断Ⅰ	軽傷事故を起こした方(過去3年以内に 事故有り)又は死亡・重傷事故を起こし た方(1年以内に事故なし)	再度運転者として乗務する前	9,300円(約2時間30分)
		一般診断	すべての運転者の方	概ね3年ごと	2,400円(約1時間30分)
		カウンセリング付き一般診断	すべての運転者の方	概ね3年ごと	4,800円(約1時間40分)

申込みFAX後、受講確定しだいFAX返信いたしますので受講日に本書をお持ち下さい。

当社記入欄	受講確定日	受講時間	備 考	当 社 確 認 印	
	年 月 日				

お問い合わせ先：新潟道徳運輸株式会社
〒942-0154 新潟県上越市頸城区榎井字砂原349番地
TEL:025-520-6287/FAX:025-520-6288
担当：小田島、板垣