

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:025-544-9376

フリガナ			生 年 月 日	
氏 名			年 月 日生	
会 社 名			電話番号	
			FAX番号	
所 在 地	〒			
免 許 種 類	第二種 第一種普通 (8t限定中型含む)	第一種中型 第一種大型のいずれか 大型特殊	免許なし 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)

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:025-543-1351/FAX:025-544-9376
担当：小田島、八木