

(様式2)

↑

担当事務所(診断場所)へお申込み(FAX)願います。

↑



特別適性診断 受診申込書

(申込日)

年 月 日

申込 事業 者	所在地			
	名 称			
	代表者名			
	申込責任者	役職名	氏名	
	連絡先	TEL () —	FAX () —	

※ 受診データとなりますので、**氏名・性別・生年月日・運転免許種類等**は正確にご記入いただきますようお願い致します。

※ 初任・適齢診断を受診する場合は入社年月日、特定診断Ⅰを受診する場合は事故年月日を記入してください。

診断場所	本部ビル・豊橋・福井・金沢・浜松・沼津				※ 希望する診断場所、診断種別に ○印をお願いします。
受 診 者	診断種別	初任・適齢・特定Ⅰ	診断希望日	年 月 日	午前・午後 : ~
	フリガナ		生年月日	年 月 日生	性別
	氏 名		入社日	年 月 日	男・女
			事故日	年 月 日	
	運転免許種類等	●事業種 ☐ トラック ※旅客(バス・タクシー)の運転者は受診できません ●運転免許種類 ☐ 第二種・第一種中型・第一種大型 ☐ 第一種普通(改正前の普通免許を含む) ●運転免許の条件(眼鏡等) ☐ 有 ☐ 無 ●職種 ☐ 運転者 ☐ 管理者 ☐ その他 ●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			
	診断種別	初任・適齢・特定Ⅰ	診断希望日	年 月 日	午前・午後 : ~
	フリガナ		生年月日	年 月 日生	性別
	氏 名		入社日	年 月 日	男・女
			事故日	年 月 日	
	運転免許種類等	●事業種 ☐ トラック ※旅客(バス・タクシー)の運転者は受診できません ●運転免許種類 ☐ 第二種・第一種中型・第一種大型 ☐ 第一種普通(改正前の普通免許を含む) ●運転免許の条件(眼鏡等) ☐ 有 ☐ 無 ●職種 ☐ 運転者 ☐ 管理者 ☐ その他 ●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			
対 象 者	初任診断	新たに雇い入れた者 (乗務前3年間に初任診断を受診したことがある者を除く。)			
	適齢診断	65歳以上の者			
	特定診断Ⅰ	① 死者又は重傷者を生じた交通事故を引き起こし、かつ、当該事故前の1年間に交通事故を引き起こしたことがない者 (1年以内に事故がある場合は特定診断Ⅱ) ② 軽傷者を生じた交通事故を引き起こし、かつ、当該事故前の3年間に交通事故を引き起こしたことがある者			

☎お問合せ・お申込み先(診断場所)

事故防止部 事故防止課 TEL(052)715-5101・FAX(052)332-8600
 豊橋事務所 TEL(0532)57-5188・FAX(0532)55-7753
 福井事務所 TEL(0776)34-3144・FAX(0776)35-6669
 金沢事務所 TEL(076)256-1138・FAX(076)256-0918
 浜松事務所 TEL(053)478-4030・FAX(053)475-0016
 沼津事務所 TEL(055)989-3350・FAX(055)989-3355

(組合)受付確認欄

※ 個人情報につきましては、特別適性診断に係る目的のみに利用させていただきます。

 特定Ⅱでないことを確認 ☐