

東予交通 株式会社

四国中央自動車学校技能教習センター センター長 宛

## 適性診断受診申込書・受診票

太線枠内のみ記入してください。 はしにて印してください。

診 断 の 種 類	初任診断	適齢診断	特定診断	一般診断
事 業 の 種 類	ハイタク	バス	トラック	その他
ふ り が な				
受 講 者 氏 名	⑩			
生 年 月 日	S・H	年	月	日 ( 歳 )
事 業 所 名				
事業所又はご自宅のご住所				
連 絡 先	TEL:		FAX:	
担 当 者	本人	その他( )		
受 診 日	年 月 日 ( )			
	10:00 ~	13:00 ~	15:00 ~	

## お申込みについて

- ・開催日を確認のうえ、希望受講日を記入してください。
- ・希望受講日をの空きの状況をお電話にてご確認の上お申し込みください。
- ・申し込み方法…ご来校時に記入して頂くか、ファックスにてお申し込みください。  
FAX:0896-24-5328

受付確認印

## お問い合わせ先

四国中央自動車学校技能教習センター

四国中央市具定町660

TEL:0896-24-2128

FAX:0896-24-5328

受付 :