FAX

申　込　書
（適性診断・初任運転者特別指導講習）

（受付済印）

申込日　令和　　年　　月　　日

（フリガナ）
事業所名（営業所名）

〒　　－

事業所住所

申込責任者名

連絡先（TEL）　　※（FAX）

※受付完了後に「受付済」の印を押して返信 FAX をしますので必ずご記入下さい。

	フリガナ 受講者氏名 生年月日（年齢）	適性診断 （診断種類に☑ 受診日を記入）	初任講習 （受講日を記入）	☆適性診断受診日時 （自動車学校記入欄）
1	昭和・平成　年　月　日（　歳）	□初任　□適齢 （　月　日） □受診しない	□受講する （　月　日～　月　日） □受講しない	月　日 時　分開始
2	昭和・平成　年　月　日（　歳）	□初任　□適齢 （　月　日） □受診しない	□受講する （　月　日～　月　日） □受講しない	月　日 時　分開始
3	昭和・平成　年　月　日（　歳）	□初任　□適齢 （　月　日） □受診しない	□受講する （　月　日～　月　日） □受講しない	月　日 時　分開始

【実施場所】　長崎県トラック協会研修会館（新西海自動車学校東長崎事務所）
所在地：長崎市松原町2651－3

【適性診断お申し込みの方】

※「受診日時」は原則として申込順に自動車学校が決定し通知いたします。
※開始時間 10 分前にはお越しください。尚、時間に遅れた場合は受診できません。（受診時間は約 2 時間）
○持 参 品　①運転免許証　②受診料金　事業所負担 1,000 円（残りは県トラック協会の助成となります）

【初任講習お申し込みの方】

○受付時間　8:30～ 9:00
○講習時間　9:00～17:30
○持 参 品　筆記用具、ヘルメット及び手袋（2 日目のみ必要）
○そ の 他　・昼食（弁当）を希望される方は当日に受付いたします。
・申込期限は、開催日2日前（ただし、定員になり次第締め切りとなります）

☆ウイルス感染対策については各人でマスク着用等行って下さい。

申込先
新西海自動車学校
※実施場所ではありませんのでお間違いのないようお願いします
西海市西彼町上岳郷１２３８－３
TEL　０９５９－２７－０１３６

FAX 送信先　０９５９－２７－１７７８