別紙 2・3

運転適性診断申込書・予約確認書

下記確認事項欄に必要事項をご記入され、FAXまたは郵送にてお申込みくださるようお願い申し上げます。

お申込みFAX番号　055-978-1224

※受講者お１人様につき１枚ずつのお申込みをお願い致します。

受診診断名	受診される適性診断名を〇にてお囲みください ・初任診断　・適齢診断　・特定診断Ⅰ　・一般診断
受診日時	弊社診断担当者とお打合せのうえ、ご記入ください。 平成　年　月　日(　)　・午前 10:00～　・午後 14:00～
フリガナ ご氏名	
ご住所	〒　－ TEL　－　－　FAX　－　－
性別・生年月日	男・女　年　月　日
免許取得年月日	年　月　日
取得免許種類	取得されている免許を〇にてお囲みください ・1 種普通 ・1 種中型 ・1 種大型 ・2 種普通 ・2 種中型 ・2 種大型 ・福祉有償運送運転者講習修了 ・市町村運営有償運送等運転者講習修了
フリガナ 所属事業所名	所属部署　役職名 当診断担当責任者名　役職名
所属事業所住所	〒　－ TEL　－　－　FAX　－　－

■個人情報管理について

1・本講習を受講して頂いた方の、住所・氏名・生年月日・ご連絡先電話番号の個人情報（その他、ご提供頂いた内容のうち個人情報に該当するものを含む）は、下記の目的以外では利用致しません。

② 当法人からの郵送物の発送

②重大事故発生時における国土交通省からの受診内容の照会

2・ご提供頂いた個人情報は、個人情報が不要であることを確認、及び当法人が必要と判断する一定月数を含めた期間において、第三者がご提供頂いた個人情報に触れないよう適切な管理体制のもとに、当法人が管理致します。

3・ご提供頂いた方ご自身から、当該個人情報の開示、修正または削除のご依頼があった時は、すみやかに開示、修正、または破棄致します。

■お問合せ先

株式会社田方自動車学校
〒419-0123　静岡県田方郡函南町間宮 489 番地の 1　TEL　055-978-2452　FAX　055-978-1224