

適性診断申込書

下記確認事項欄に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送にてお申込みください。

お申込みFAX番号 0748 - 22 - 2250

※受講者1名様につき1枚ずつのお申込みをお願いいたします。(全項目必須)

受診診断名	受診される適性診断名を○にてお囲みください。 ・一般診断 ・初任診断 ・適齢診断 ・特定診断 I
受診日時	弊社担当者と打ち合せのうえ、ご記入ください。 令和 年 月 日 () 時 分 ~
フリガナ	
受診者氏名	((任意) 社員番号) 西暦 年 月 日生 (歳) (男 ・ 女)
受診者ご連絡先	TEL - -
免許取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
取得免許種類	取得されている免許について () 内を○にてお囲みください。 (普通 5t限定準中型 準中型 8t限定中型 中型 大型) の (第一種免許 第二種免許)
所属事業所名	当診断ご担当者名
所属事業所住所	〒 - - TEL - - FAX - -

■個人情報管理について

1. 診断を受診していただいた方の、住所・氏名・生年月日・ご連絡先電話番号の個人情報（その他、ご提供いただいた内容のうち、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いたしません。
①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. ご提供いただいた個人情報は、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からご提供いただいた個人情報に触れないよう適切な管理体制のもとに、当法人が管理いたします。
3. ご提供いただいたご自身から、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、速やかに開示、修正、または破棄いたします。

■注意事項（下記の3点をご理解の上、お申込みください。）

1. システムの不具合や担当者の急病等により、受診日時の変更や再受診のお願いをさせていただく場合があります。
2. 受診開始及び終了の時間につきましては、前後する場合があります。
3. 受診料金の支払いが必要なお客様は、受診日の3日前までのお振込み又は当日の現金払いにてお願いいたします。

★お問い合わせ先

株式会社八日市自動車教習所 YDS人と車学習センター

〒527-0046 滋賀県東近江市妙法寺町 1101-29

TEL 0748-25-1818 FAX 0748-22-2250 担当者 鷹羽（たかは）