

# 適性診断補助について

※本予約簿にて、自動車事故対策機構へ直接事前の申込を行い、受診してください。



## 適性診断予約簿

ファックス送信日 平成 年 月 日 会社名(営業所名) 担当者名

診断受診日 平成 年 月 日 住所

電話番号

FAX番号

受診者氏名は ひらがなで記入	生年月日	性別	免許の種類 し点を入れてください	免許年数第一種免許取得後 し点を入れてください	予約時間帯に ○をしてください	診断の種類に ○をしてください
		男・女	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型 <input type="checkbox"/> 第一種大型・第一種けん引のいずれか <input type="checkbox"/> 第一種普通(改正前の普通免許で8t未満)	<input type="checkbox"/> 0～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上(免許取得後の年数)	9:00 10:30 13:00 14:30	1. 一般診断 2. 初任診断 3. 適齢診断
		男・女	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型 <input type="checkbox"/> 第一種大型・第一種けん引のいずれか <input type="checkbox"/> 第一種普通(改正前の普通免許で8t未満)	<input type="checkbox"/> 0～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上(免許取得後の年数)	9:00 10:30 13:00 14:30	1. 一般診断 2. 初任診断 3. 適齢診断
		男・女	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型 <input type="checkbox"/> 第一種大型・第一種けん引のいずれか <input type="checkbox"/> 第一種普通(改正前の普通免許で8t未満)	<input type="checkbox"/> 0～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～20年未満 <input type="checkbox"/> 20～30年未満 <input type="checkbox"/> 30年以上(免許取得後の年数)	9:00 10:30 13:00 14:30	1. 一般診断 2. 初任診断 3. 適齢診断

注意：平成21年8月に移転しております。現在地は上記の地図のとおりです。

★予約時間帯を○で囲んでください。 独立行政法人 自動車事故対策機構 熊本支所

★開始10分前にはおいでください。 熊本市花畑町4-7朝日新聞第一生命ビル6F

★《診断の種類》はご希望の診断に○印を付けてください TEL 096-322-5229

★予約簿はなるべく早く送信してください。 FAX 096-322-5261

