

スルガ安全教育センター 適性診断 受診申込書 ・ 受診予約確認書

* 受診する診断区分の□欄に「レ」をご記入ください

初任診断 適齢診断 特定診断 I 一般診断

受診日 令和 年 月 日 適性診断予約時間を記入(時 分)

申込者

| | | | |
|-------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| ふりがな | | | |
| 会社名 | | | |
| 業態 | <input type="checkbox"/> バス | <input type="checkbox"/> ハイタク | <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> 自家用 |
| 所属営業所 | | 申込責任者 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | () | | |
| FAX番号 | () | | |

| * 申込受理印 | |
|---------|--------|
| 受理番号 | FAX返送日 |
| | |
| 受付者 | 備考 |
| | |

* 個人申込の場合、自宅等の連絡先(住所・電話番号・FAX番号)をご記入ください

* 該当する□欄に「レ」をご記入ください。静岡県バス協会加入の事業所様のみ助成の対象になります。

| | |
|---------|--|
| 協会加入の有無 | <input type="checkbox"/> 静岡県トラック協会 <input type="checkbox"/> 静岡県バス協会 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 加入なし |
|---------|--|

| | 受診者 | 現在の職種 | 免許の種類 |
|------|--|--|--|
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 第二種・中型・大型のいずれか <input type="checkbox"/> 普通又は中型8t限定 |
| 氏名 | 男・女 | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) | | |
| 運転年数 | <input type="checkbox"/> 5年未満 <input type="checkbox"/> 5～9年 <input type="checkbox"/> 10年～19年 <input type="checkbox"/> 20年～29年 <input type="checkbox"/> 30年以上 | | |

* 受診結果は、受信者にお持ち頂きます。

◆ 診断場所 静岡県フォークリフト講習センター沼津校
沼津市原422-1

◆ 受付時間 受診開始時間の15分前にはお越しください

* 遅刻されますと受講できませんので、余裕を持ってお越しください

【当日お持ち頂くもの】

- ① 当校から返信された本用紙(申込受理印が押印されたもの)
- ② 適性診断受診料金
初任診断・適齢診断は、4,800円 特定診断 I は、9,300円 一般診断は2,400円
- ③ 受診予約確認書(申込書をFAXにて返信したもの)
- ④ 運転免許証
- ⑤ 眼鏡等必要な方、筆記用具等
- ⑥ 運動靴でお越しください(サンダルでは受信できません)

お申込は静岡県フォークリフト講習センター沼津校になります。

静岡県フォークリフト講習センター沼津校 電話 0120-554-954

送付先FAX番号 055-968-7011

* 受講日の予約を入れてから送付してください

スルガ安全教育センターご利用者の皆様へ **【重要】**

スルガ安全教育センターをご利用いただき有難うございます。

新型コロナウイルス感染症が懸念される中、感染予防及びご利用者の安全を目的に、健康状態等についてお伺いいたします。

来校される前にご記入し、**受付時にご提出をお願い致します。**また、受講するにあたっては、マスクの着用を必須とさせていただきます。

マスクの着用がない場合、受講できませんのでご注意ください。感染予防のため、ご理解とご協力をお願い致します。尚、感染症等の理由で講習ができない事案が発生した場合には、**講習を中止する場合があります。**併せ、ご了承をお願いします

【 問 診 票 】

受講日当日、本問診票を忘れた方（未記入含む）は、当センターの判断で当日キャンセル扱いとさせていただきます。ご了承ください。

下記項目内容に該当する答えを○で囲ってください。（14 日以内とは、受講日初日が起算日になります）

| | | | | | | | | |
|---|---|--------|------|------|------|------|------|----|
| 1 | 今朝（講習開始日）、の体調は悪いですか？ | はい・いいえ | | | | | | |
| 2 | 1 4 日間以内に発熱（37.5℃以上）、喉の痛み、咳、痰等の風邪のような症状や味覚・嗅覚異常はありましたか？ | はい・いいえ | | | | | | |
| 3 | 1 4 日間以内にコロナ感染が発生したイベント・飲食店・施設等に、1 4 日間以内に入りましたか？ | はい・いいえ | | | | | | |
| 4 | 同居家族や身近な人にコロナ感染が疑われる方がいますか？ | はい・いいえ | | | | | | |
| 「はい」が有る方は、講習日の延期をさせていただきます。 事前にご連絡をお願いします。054-369-1177 | | | | | | | | |
| 5 | 受講1週間前から検温し結果をご記入ください。 | | | | | | | |
| | 測定日 | 7 日前 | 6 日前 | 5 日前 | 4 日前 | 3 日前 | 2 日前 | 前日 |
| | 日 付 | / | / | / | / | / | / | / |
| | 検温結果 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 |
| 6 | 今日の体温は何度ですか？（受講当日来校される前に検温お願いします） | | | | | | | |
| | 1 週間の中で37.5 度以上が有る場合は、本受講を見送って頂き | | | | | | | |
| | 2 週間以降の健康状態により別日にて受講して頂きます。 | | 度 | | | | | |

当日、この用紙とマスクをお忘れなようご注意ください。

この資料は、受講後3カ月間保管し、その後はシュレッダーにて廃棄させていただきます。

虚偽の申告をし、当社に損害を及ぼした時には、損害賠償請求をすることがあります。

記入日 令和 年 月 日

氏 名