

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。静岡県トラック協会加入の事業所様は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分前にはお越しく下さい

\* 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下さい

【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、2,400円 一般診断は無料 特定診断 I は、9,300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 運動靴でお越しく下さい(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
<b>「はい」が有る方は、講習日の延期をしていただきます。 事前にご連絡をお願いします。054-369-1177</b>		
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
	日 付	／
	検温結果	度
	7 日前	度
	6 日前	度
	5 日前	度
	4 日前	度
	3 日前	度
	2 日前	度
	前日	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