

申込日	年 月 日
入校日	年 月 日

入校申込書

フリガナ 氏名								昭和 平成 年 月 日 男・女 満 歳	教習車種					
現住所								自宅電話 () - 携帯電話 () - E-mail						
勤務先 (学校名)								TEL()						
職業	会社員	公務員	自営業	大学生	高校生	専修生	その他							
確認欄	<input type="checkbox"/> 教習受講規約に同意しました。							原簿番号						
	<input type="checkbox"/> 入校時確認票の記載内容に相違ありません。													
資格	応急救護免許資格 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師免許・看護師免許 准看護師免許・()													
所持免許 (あり 経歴 年・なし)								有効期限 年 月 日まで						
大型 一	中型 一	準 中型 通	普 大 自 特	普 大 自 特	小 原 付	牽 引	大型 二	中型 二	普通 二	大 特 二	牽 引 二	仮免許	交付年月日 二・小・原昭・平・令他二種 年月日 昭・平・令昭・平・令	年 月 日 年月日 年月日 年月日
免許番号														
免許の条件														
親権者の同意書 (18歳未満もしくは、高校生の方が入校される場合) 上記の者を、免許取得のため貴学園に入校させることに同意し、全責任を負います。														
同意者の住所 氏名										連絡先 ()				
										続柄				

《職員記入欄》

教習料金等	区分		納入料金			未納料金		適用		支払内訳	
	契約金			/				教習料合計		・現金 ・カード (会社名) ・免許ローン ・振込 ・大学生協 ・その他	
	/										
	/										
	/										
	検定料		/					追加・キャンセル料合計		円	
	技能追加料 (時限)		/								
			/								
	キャンセル料 (当日 時限) (無断 時限)		/								
			/								
紹介	フリガナ 氏名							(当学園紹介者)		<input type="checkbox"/>	
紹介	住所										

※太枠内を記入下さい

入校時確認票

以下の項目について、該当する□にレ点をつけて回答してください。
回答を確認後、ご署名をお願いいたします。

病 気 の 症 状 な ど	1. 過去5年以内において、病気（病気の治療に伴う症状を含みます。） を原因として、又は原因は明らかではないが、意識を失ったことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2. 過去5年以内において、病気を原因として、身体の全部又は一部が、 一時的に思い通りに動かせなくなったりしたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	3. 過去5年以内において、十分な睡眠時間を取りながらも関わらず、 日中、活動している最中に眠り込んでしまった回数が週3回以上となつた ことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	4. 過去1年以内において、次のいずれかに該当したことがある。 ・飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態を3日以上 続けたことが3回以上ある。 ・病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにも 関わらず、飲酒したことが3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	5. 病気を理由として、医師から運転免許の取得または運転を控える ように助言を受けている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	6. 1～5のどれかに該当し、当学園入校前に運転適性検査（公安委員会） を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	※「はい」と回答した方は相談年月日を記入してください。		
年 月 日 番			
違 反 歴 な ど	1. 無免許運転で処分を受けたことがある。 「はい」と回答した方（処分日 年 月 日）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2. 運転免許の取消を受けたことがある。 「はい」と回答した方（処分日 年 月 日） (欠格期間 年)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	取消処分者講習の受講状況 <input type="checkbox"/> 受講済み <input type="checkbox"/> 受講予定 年 月 ・ 日		
その他	角膜矯正用コンタクトレンズ（通称オルソレンズ）を使用している。 ※就寝時使用するコンタクトレンズのこと		

上記のとおり、回答します。

年 月 日

管理者	扱

氏 名