

※太枠内と裏面を記入下さい。

決 裁	管理者					取扱者	受付年月日	年	月	日
							受付番号			

入 所 申 込 書

指定自動車教習所の教習生として入所したいので申し込みます。

年 月 日

申込者氏名

入 所	住所																		
	ふりがな					性 別	男・女	生年月日	年 月 日										
	氏名																		
	学校名 勤務先					連絡先電話	自宅 携帯 () - -												
所	現有免許	交 付	年 月 日		公安委員会	条 件 等													
		免許証番号	第		号														
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	免許年月日	二・小・原		年 月 日	有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
			その他		年 月 日	免許の種類	大	中	普	大	中	準	普	大	大	普	率	小	原
			第二種		年 月 日		二	二	二	型	型	型	通	特	自	自	引	特	付
教習を受ける免許の種類				教習開始希望日				年 月 日		応急救護処置免除				有・無					

確認事項	<p><input type="checkbox"/> 1 次のような場合、免許取得ができない又は必要期間経過後になる場合があります。</p> <p>① 交通違反・事故などで、免許の取消・拒否・停止・保留処分を受けたことがあったり、今後これらの処分を受ける場合 (無免許運転や飲酒運転のそそのかし・同乗・車両提供・酒類提供等も含む。)</p> <p>② 一定の病気等である場合で免許取得できない症状等のとき(教習開始後に判明する場合を含む。)</p>
	<p><input type="checkbox"/> 2 第二種、大型、中型又は準中型免許を受けている場合で、これらの免許に必要な視力等の基準に達しないときは、今回教習を受ける免許の取得、限定解除のときや更新時などに、基準に達しない免許が取り消されることがあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 3 1 に該当する場合やその他の理由により運転免許取得に支障がある可能性があるときは、安全運転相談窓口等(各警察署交通課、運転免許センター等)での相談や問い合わせが必要な場合がありますので、必ず申し出てください。</p>

※右の内容を確認して に を入れてください。

適 性 検 査 メ モ

視 力	区分	裸眼	矯正	深	1	mm	視 野	左	度	色彩識別 力	聴 力	運動能力
	左眼			視	2	mm		右	度			
	右眼			力	3	mm		計	度			
	両眼			平均		mm			度			
特 記 事 項	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト							検	年 月 日検査			
								査	検査者			

※医師、看護師等の方は応急救護処置教習が免除となりますので資格証の写しを添えて下さい。

岩手自動車学校 フリーダイヤル 0120-554055

※裏面も記入してください。

＝ 当自動車学校の個人情報の取扱いについて ＝

- 1 当自動車学校では、業務上必要な範囲で、かつ、適正な方法により個人情報を取得します。
- 2 当自動車学校が取得した個人情報は、次の目的で利用します。その他の目的で利用することはありません。
 - (1) 当自動車学校で実施する免許取得のための教習を実施するため。
 - (2) 当自動車学校で実施する講習、認定教育を実施するため。
 - (3) 当自動車学校で実施する教習、講習、認定教育に関する内容の宣伝、サービスなどをお知らせするため。
 - (4) 当自動車学校が行う、各種イベント・キャンペーンや交通安全講習会等の開催の案内などをお知らせするため。
 - (5) 自然災害等により(1)～(5)の利用が困難な場合に、継続教習等を目的として、お客様の個人データ（本籍・住所・氏名・性別・生年月日・電話番号）を第三者（岩手県公安委員会指定の各自動車教習所及び（社）岩手県指定自動車教習所協会）に書面、電子媒体又はインターネットにより提供することがあります。
 - (6) その他、法令に基づく場合に、お客様の個人情報を利用、提供することがあります。
- 3 お客様の個人情報の開示（確認）又は誤った個人情報の訂正、追加、削除などを希望される場合は、当自動車学校の定める書面により受付します。その際、本人であることを確認できるもの（運転免許証など）をご用意ください。なお、開示に際しては750円を手数料としてお支払いいただきます。

※ 上記に関し同意について確認しますので、どちらか○（マル）で囲んで署名してください。

同意します
 同意しません
 保護者 同意します
 同意しません

本人氏名 _____

保護者氏名 _____

回答者氏名	作成年月日	令和	年	月	日
質 問 票					
次の事項について、該当する□にレ印を付けて回答してください。					
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っているにもかかわらず、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回以上となったことがある。		<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かかわらず、飲酒をしたことが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、運転免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

質問票は嘘・偽り無く、本人がお答えください。