

岡崎自動車学校 WEB入校申込書

年 月 日

【太枠線内は必ず記入をお願いします】

MT・AT

ム

確認

入力

管理者

副校長

課長

希望免許	普通車(<input type="checkbox"/> MT・ <input type="checkbox"/> AT) 大自二(<input type="checkbox"/> MT・ <input type="checkbox"/> AT) 普自二(<input type="checkbox"/> MT・ <input type="checkbox"/> AT) 小自二(<input type="checkbox"/> MT・ <input type="checkbox"/> AT) <input type="checkbox"/> 審査				
フリガナ					<input type="checkbox"/> 男
氏名	姓	名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (満 歳)	
所持免許	免許の種類	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> 大自二 <input type="checkbox"/> 普自二 <input type="checkbox"/> 小特 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> けん引			
	免許の期限	平成 年 月 日まで有効	条 件		
住 所	〒 -			電話	(自宅) () -
					(携帯) - -
緊急時連絡先	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() ☎ - -				
職業等	<input type="checkbox"/> 大学生/ <input type="checkbox"/> 短大生(学校名:)・ <input type="checkbox"/> 他学生(学校名:) <input type="checkbox"/> 高校生(学校名:)・ <input type="checkbox"/> 会社員・ <input type="checkbox"/> 公務員・ <input type="checkbox"/> 自営業・ <input type="checkbox"/> その他				
本人提出書類 (写し)	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 住民票コピー (住民票以外は、自動車学校でコピーを取ります)				身分証期限: 年 月 日まで 【無】

スクールバス利用の有無	<input type="checkbox"/> 利用する	<input type="checkbox"/> 利用しない	入校日	月 日 ()	お迎え時間	:
乗降場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 駅()	<input type="checkbox"/> 学校()	<input type="checkbox"/> その他()		

*短期コース・スケジュールコースをご希望の方はご記入ください。			備 考
<input type="checkbox"/> 短期コース	<input type="checkbox"/> スケジュールコース	入校予定日 月 日 ()	

質問事項	よくお読みになって、質問の(はい)か(いいえ)に✓をつけてください。	はい	いいえ
運転免許の取り消し処分、無免許運転違反のあること、病気症状等を故意に記入しないで入校された場合、教習の中止又は退校、免許証の交付が保留又は拒否されても本校は責任を負いません。			
1 病気を原因として、又は原因は明らかではないが、意識を失ったことがありますか。(5年以内)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 病気を原因として発作的に身体の全部又は一部のけいれん又は麻痺を起こしたことがありますか。(5年以内)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 十分な睡眠時間をと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うことが週3回以上ありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 病気を理由として、医師から、免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 運転に影響する、身体等に関わる手帳を今までに取得したことがありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 現在、角膜矯正用コンタクトレンズを使用していますか。(通常のコンタクトレンズは除く)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 過去に運転免許の取消処分を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 過去に無免許運転で検挙されたことがありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 上記以外に心配がありますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

キャンセル料に関する説明【済・未】【本人・親権者・その他】

面談の結果、読解力に問題があると認められた者については、別紙(入校審査)を実施する。 有・無 (警察からの指示事項)

適性検査等	裸眼視力	矯正視力	弁色	身体状況	紹介者記入欄(ご紹介のある方は記入してください) 氏名 住所 TEL
	左	左	適	・メガネ 適	
	右	右	弱	・コンタクト 否	
	両	両			
	視野	コース	入校日	適性係員	
左	・フリー				
右	・短期				
計	・スケジュール				
応急救護資格 [有・無]					

ロ ー ン	申込金	¥
	利用額	¥
	結果	OK・NG
入校時	¥	

料金プラン	
コース	
案内料金	¥
教習費	未・済