

裏面もご記入下さい

入所申込日

令和

年

月

日

入 所 申 込 書

No.

私は、別紙の諸規則に同意したうえ、貴所へ入所いたしたく、申込み致します。

料 金	車 種			
	AT	MT	審査	仮免
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※太枠内の記入をお願い致します。
※二重線の枠内は事務員が記載します

フリガナ		性 別	生年月日
氏 名	Ⓜ	男・女	昭和・平成 年 月 日 歳
フリガナ			
本 籍	〒		
現 住 所	〒		
電話番号		職業	学生・会社員・公務員・自営業・主婦・その他
携帯電話		学校名	

所持 免許	未所持 ・ 所持 所時の方は右記へ 種類を✓印	大特	大自二	普自二	普二限	小特	原付
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

限定解除希望

普通自動車免許有

適 格 検 査	視 力			眼鏡使用	無 ・ 有 (眼鏡 ・ コンタクト)
	左	右	両眼		
	色別 <input type="checkbox"/>	四肢 <input type="checkbox"/>	聴力 <input type="checkbox"/>	応急救護	無 ・ 有 ()

<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> カード払い <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> マルイローン <input type="checkbox"/> フレックス <input type="checkbox"/> 生協 <input type="checkbox"/> ジップラス <input type="checkbox"/> スタハン <input type="checkbox"/> 全納 <input type="checkbox"/> 毎時 <input type="checkbox"/> 仮入 <input type="checkbox"/> 自二	オプション	無し・4・6・8・スピード
		安心パック 有・無し
備考	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生	通常・高校生・女性限定

- お友達紹介
- 職員紹介
- 紹介カード

不足書類

- 住民票身分証
- 親権者同意書印鑑

合計金額

担当

会計

預り金額

免許取得欠格事由の申告と確認

当所は、東京都公安委員会の指定する指定自動車教習所になっている関係で、ご入所の際、試験場からの指示により、お客様の健康状態、過去において交通処分を受けたかを普通自動車教習契約書特約条項第2条「免許取得欠格事由」に基づき、当所にご申告いただき、確認させていただいております。

下記の質問事項の「はい」に該当する場合は、「運転適性相談窓口」にご相談していただき、確認を取ってからの入所手続きとなります。

該当する項目について、該当する□にレ印をつけて申告をお願い致します。

- | | | |
|---|-----|------|
| 1. 下記のいずれかの病気にかかっている。
認知証、統合失調症、てんかん、再発性の失神、無自覚性の低血糖症、そううつ病、
重度の眠気の症状を呈する睡眠障害、その他運転に支障のあるもの | はい□ | いいえ□ |
| 2. 過去5年以内において、病気（病気の治療に伴う症状も含みます。）を原因として、
または原因は明らかではないが、意識を失ったことがある。 | はい□ | いいえ□ |
| 3. 過去5年以内において、病気を原因として、身体の全部または一部が、一時的に思い
通りに動かせなくなったことがある。 | はい□ | いいえ□ |
| 4. 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。 | はい□ | いいえ□ |
| 5. 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、絶えず体内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
酒したことが3回以上ある。 | はい□ | いいえ□ |
| 6. 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助言を受けて
いる。 | はい□ | いいえ□ |
| 7. 聴力、視力、手や足等に、運転に支障となる障がいがある。 | はい□ | いいえ□ |
| 8. 過去に無免許運転等の処分歴がある。 | はい□ | いいえ□ |
| 9. 過去に交通事故を起こしたことがある。 | はい□ | いいえ□ |
| 10. 過去に免許の取消処分を受けたことがある。 | はい□ | いいえ□ |
| 11. 過去に免許の停止処分を受けたことがある。 | はい□ | いいえ□ |

下記の確認事項に理解了承できた方は、□にレ印をつけて下さい。

- | | |
|--|---------|
| 1. スリッパ、サンダル、クロックス、厚底靴、その他運転に不適當な履物での技能教習
はできません。 | 了承しました□ |
| 2. 技能教習の習得には個人差があります。状況によっては延長（復習）することもあり
ます。 | 了承しました□ |
| 3. 教習原簿は公文書扱いです。取扱いには十分注意し、持ち出しや落書き、教習生自ら
の記入、訂正等は厳禁です。 | 了承しました□ |
| 4. 現在、他の教習所で自動二輪等の免許を教習中の方は入所できません。また、当所で
教習されている間、他の教習所に自動二輪等の免許を取得しに行くこともできませ
ん。 | 了承しました□ |

私は、上記のとおり回答し、それを証するために署名押印致します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印