

入所時確認事項

教習を始めるうえで非常に重要な質問です。
誤りのないよう、該当する箇所に「シ」印をしてください。

係	項目	内容
<input type="checkbox"/>	運動能力	手足に不自由なところがありませんか。（装具等の使用を含めて） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____ ）
<input type="checkbox"/>	視力・聴力	眼鏡・コンタクトレンズ・補聴器を使用していますか。 <input type="checkbox"/> 使用していない（注：カラーコンタクトも眼鏡等の条件に該当します） <input type="checkbox"/> 眼鏡を使用 <input type="checkbox"/> 補聴器を使用 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを使用 <input type="checkbox"/> 見え方・聞こえ方など不安な方 <input type="checkbox"/> 視力矯正手術などの予定のある方（いつ頃 _____ ）
<input type="checkbox"/>	住所等	現在の免許証または住民票の住所、氏名等を教習中に変更する予定がありますか。 <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（いつ頃 _____ ）
<input type="checkbox"/>	健康状態等	現在の健康状態で不安なところはありませんか。 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある（妊娠中・むち打ち症・心臓病・高血圧など） （具体的に _____ ）
<input type="checkbox"/>	年齢条件	修了検定（仮免）時に、18歳以上になっていないと、普通免許及び準中型免許の検定は受けられません。 <input type="checkbox"/> 18歳以上 <input type="checkbox"/> 現在18歳未満
<input type="checkbox"/>	理解力	中学校卒業程度の文章を読んで、理解することができますか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/>	その他	応急救護等ができる資格等（医師・看護師・救急救命士等）がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____ ）

※ 上記の内容に変更が生じた場合（予定も含めて）、すぐにお申し出ください。

紹介者欄（どなたかのご紹介で入所される場合はご記入ください。）

お名前	様（続柄 _____）	TEL _____	職員 _____
送迎 ①	便 場所	(入金メモ) 学・職・紹・他	
②	便 場所		
オリ	年 月 日	:	
迎え	送り		
教習開始	年 月 日	①	:
	年 月 日	適	:

<準中型・中型>
※更新の都度、適性試験があります
測定日 視力 深視力
左 _____
右 _____
両 _____