

令和5年度高齢者運転適性診断事業申込書

香川県老人クラブ連合会 会長 様

申込日 令和 年 月 日

※個人、またはグループ(最大5名)で応募できます。※老人クラブ会員でなくても応募できます。

代表者 <small>※個人参加の場合は こちらのみ記入</small>	氏名	男・女 (←どちらかに○) (昭和_____年__月__日生まれ)
	住所	〒
	連絡先	電話: _____ 携帯: _____
参加者 (代表者以外) <small>※グループ参加の場合 代表者以外の参加者 を記入</small> <small>※代表者を含め 1回に最大5名まで</small>	氏名	男・女 (←どちらかに○) (昭和_____年__月__日生まれ)
	氏名	男・女 (←どちらかに○) (昭和_____年__月__日生まれ)
	氏名	男・女 (←どちらかに○) (昭和_____年__月__日生まれ)
	氏名	男・女 (←どちらかに○) (昭和_____年__月__日生まれ)
カウンセリング の受講希望	カウンセリング希望の場合は、下記の□にチェック☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> カウンセリング受講希望 安全運転に役立つきめ細かい助言を行います。 ※ カウンセリングの受講は自己負担額2,400円。 当日、窓口でお支払いください。 ※適性診断は必ず受講してください。適性診断の受講料は無料です。	
受講希望日 ・時間帯	第1希望: 月 日 () ①午前9時～ ②午前10時半～ ③午後1時～ ④午後2時半～ 第2希望: 月 日 () ①午前9時～ ②午前10時半～ ③午後1時～ ④午後2時半～ 第3希望: 月 日 () ①午前9時～ ②午前10時半～ ③午後1時～ ④午後2時半～ ※実施可能な時間帯をすべて○で囲んでください。 ・この日で調整できない場合は、別の日で再調整します。 ・②午前10時半～の時間帯はカウンセリングが受講できません。	
備考	・安全態度、危険感受性は問診方式により診断します。 ・欠席の場合は、必ず香川県老人クラブ連合会 (087-832-7833) にご連絡ください。	

※個人情報、本事業目的以外には使用しません。