

入 校 申 込 書

柏崎自動車学校校長 様

貴校提示の「柏崎自動車学校校則」と「柏崎自動車学校の個人情報の取り扱いについて」の内容を確認し同意し、下記の通り入校申込致します。

太枠内、裏面をご記入ください。

入校申込日	令和 年 月 日	入校希望日	令和 年 月 日	卒業希望日 なし	
				卒業希望日：令和 年 月 日	
フリガナ				性別	生年月日
お名前				男 女	昭和 平成 西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒				
現住所	※住民票住所と異なる場合のみご記入下さい。				
職業等	会社員・公務員・自営業・パート・バイト 高校生・専門学校生・大学生・予備校生・その他			勤務先又は 学 校 名	
連絡先	自宅 () -			送迎サービス	
				<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	
入校ご希望車種 該当する項目にチェック(レ)してください。				特例	料金のお支払方法
<input type="checkbox"/> 大型自動車	<input type="checkbox"/> 中型自動車	<input type="checkbox"/> 準中型自動車	<input type="checkbox"/> 大型特殊自動車	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 経験 <input type="checkbox"/> 年齢・経験	<input type="checkbox"/> 現金 ※現金での分割方法は 窓口にお尋ねください。
<input type="checkbox"/> 普通自動車 M・T・A・T	<input type="checkbox"/> 普通自動車 M・T・A・T	<input type="checkbox"/> 普通自動車 M・T・A・T	<input type="checkbox"/> 普通二種 M・T・A・T		<input type="checkbox"/> クレジットカード
限定解除(審査)				<input type="checkbox"/> ペーパードライバー M・T・A・T	<input type="checkbox"/> 免許ローン ※審査が必要になります。
<input type="checkbox"/> 中型8t限定	<input type="checkbox"/> 準中型5t限定	<input type="checkbox"/> A T 限定	<input type="checkbox"/> 大特限定		
<input type="checkbox"/> 普二小型	<input type="checkbox"/> 普二輪 A T				
現在お持ちの免許				免許条件(現有免許)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
なし	原付	小特	大型	中型	準中型
				普通	大特
				大自二	普自二
				けん引	二種
					仮免許
裏面に続く					

薬の服用 あり なし 住民票 その他 ()

適性相談 あり _____ なし 受け取りました _____

※お申込みの際、免許証のある方は免許証、免許をお持ちでなければ本籍地の入った住民票を添えてお申込みください。
※免許の取り消し又は停止、無免許運転違反を受けている方は入校できない場合がありますので窓口にお尋ねください。

お客様番号								備考欄		
								<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()		
入校日	令和	年	月	日						

視力	裸眼	左		視野	左	度	深視力	色彩識別	聴力	運動能力	検査者
	眼鏡	右			右	度					
	コンタクト	両			計	度					
						1. 2. 3.		適否	適否	適否	

下記の内容を読んで該当する□に✓印を入れてください

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
6. 道路交通法第90条が掲げる病気に該当していない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1～6のどれかに該当する方で、入校前に運転適性相談を終了している方 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ 番号 ()

上記の申告欄に虚偽、偽りはありません。 ご署名 _____

【入校時における交通事故・交通違反等に関する自己申告書】

交通事故や違反の有無に関する次の事項について該当するところを記入してください

- | | | | | | | |
|--------------------|----|----|---|---|---|----|
| 1. 交通違反の有無 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| 2. 交通事故の有無 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| 3. 無免許運転（10年以内）の有無 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| 4. 取消処分（10年以内）の有無 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| 5. 停止処分（予定を含む）の有無 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| 6. うっかり失効の有無 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |

無免許、取消処分、停止処分、失効のある方

- | | | | | | | |
|--------------------|--------|-----|---|---|---|----|
| (1) 警察署での受験相談 | 受けていない | 受けた | (| 年 | 月 | 日) |
| (2) 受験相談後の事故、違反 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| (3) 取消処分者講習後の事故、違反 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |
| (4) 失効後の事故、違反 | ない | ある | (| 年 | 月 | 日) |

上記の申告書に嘘や重大な誤りが認められたことで、卒業証明書の無効、又は免許の拒否、保留等に該当することとなっても異議申し立てや料金返還請求等はいたしません。

令和 年 月 日 本人氏名 _____

学生の方のみ記入してください。

保護者氏名 _____

柏崎自動車学校 管理者 様

(緊急時保護者連絡先: _____)