

入学申込書 二輪車 400(MT・AT)、125(MT・AT)、750MT

※太線枠内をご記入ください。

横浜自動車学校管理者 殿		教習原簿※ 番 号	
申込日 平成 年 月 日		ふりがな 氏 名	
本籍地	〒		
住民票住所	〒		
現住所	〒 (住民票の住所以外に住所がある方)		
電話番号 (ご本人)	()	緊急連絡先 (ご家族等)	()
生年月日	昭・平 年 月 日 (才)	適性検査	
ご職業	学生 ・ 一般	※	左 右 両
所持免許	免許はお持ちですか? はい・いいえ 「はい」の方は下記をご記入下さい。		視力
	種別	普通車 ・ 普通二輪 ・ 原付	裸眼
	取得月日	昭和・平成 年 月 日	矯正
	番号	免許証番号12桁	※角膜矯正コンタクト
応急免除	医師 ・ 看護師 ・ 救命士	使用 ・ 未使用	
		※視野角度	※ 適 ・ 否
		※弁色力	※ 適 ・ 否
		※聴力	※ 適 ・ 否
		※身体障害部位	

※ご記入いただいた事項は免許取得のためだけに使用させていただき、他には一切使用いたしません。
※裏面の事項もよくお読みください。

パ
健
学
他
（
）
利用規約・個人情報