**申込先　ＦＡＸ　　０８７－８３３－６７８０**

令和6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  ※個人参加の場合は  こちらのみ記入 | **氏　名** | **男・女**（←どちらかに〇）**（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)  ※グループ参加の場合代表者以外の参加者を記入  ※代表者を含め  1回に最大５名まで | **氏　名** | **男・女**（←どちらかに〇）**（昭和　　　　年　　月　　日生まれ）** |
| **氏　名** | **男・女**（←どちらかに〇）**（昭和　　　　年　　月　　日生まれ）** |
| **氏　名** | **男・女**（←どちらかに〇）**（昭和　　　　年　　月　　日生まれ）** |
| **氏　名** | **男・女**（←どちらかに〇）**（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。  **□　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〇で囲んでください。  ・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。 | |

※個人情報は、本事業目的以外には使用しません。