

入所にあたっての確認事項

次の質問について、該当する□に✓印をつけて回答してください。

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りますか。	<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りますか。	<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りますか。	<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回以上ありますか。 ・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回以上ありますか。	<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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
注意事項 質問1～5に該当する場合は、運転免許試験に合格しても免許証が交付されないことや免許取得後に取り消される場合があります。 このような病気の症状等に該当する方は、お近くの自動車運転免許試験場の「運転適性相談窓口」で、運転免許証が取得できるか相談を受けてください。	

上記の質問の回答については間違いありません。また、「注意事項」について説明を受けました。

年 月 日

黒崎ドライビングスクール

管理者 殿

入所者署名 _____

保護者署名 _____