

診断確定日

月 日

開始時間

:

適性診断受診申込書

※診断時には、この申込書をお持ちください

ご請求金額

円

申込日

年 月 日

診断種類	(該当部分に○をつけてください)			
	初任・適齢 <input checked="" type="radio"/> 一般診断・カウンセリング付一般診断・特定診断 I			
希望受診日	希望日	年 月 日	コース	A・B・C
フリガナ			眼鏡	有 無
受診者			男・女	免許年数
ご氏名				年
生年月日	昭和・平成	年 月 日 ()	歳	
免許種類 (複数選択可)	大型1種・大型2種・中型1種・中型2種・中型8t・準中型			
	普通1種・普通2種・けん引・大特・原付・その他・なし			
連絡先 個人で受診する場合、会社名は不要です。	会社名 営業所			
	住所	〒		
	電話		FAX	
	担当者			
	メールアドレス			
業務形態	<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシーハイヤー <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他(会社等)			

※診断確定日記載のFAXが3日経っても届かない場合はご連絡ください。

開始時間10分前にはご来社下さい。遅刻した場合は受診できません。

受診をキャンセルする場合には、必ず前日までにご連絡下さい。

運転免許証	有	・	無	支払い 確認	
				スタッフ印	

Fax送信先 0287-37-1158

TEL 0287-36-1297

診断場所：那須塩原市一区町136-5

有限会社 宮本運輸