

診断確定日

月 日

開始時間

:

ご請求金額

適性診断受診申込書(個人)

申込日

年 月 日

診断種類	(該当部分に○をつけてください)			
	○一般診断 ・ カウンセリング付一般診断			
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 ご氏名			男・女 免許年数 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	お住いの 市町村	栃木県・福島県・その他 ()		
		那須塩原市・大田原市・那須町・那珂川町 矢板市・さくら市・那須烏山市 白河市 その他 ()		
	電話		FAX	
	連絡先 (携帯電話)			
主にご使用に なるお車	メーカー		車種	

※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	スタッフ印	支払い 確認
			

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