

診断確定日 月 日 開始時間 :

適性診断受診申込書

ご請求金額

円

※診断時には、この申込書をお持ちください

*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・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	年 月 日	*コース (希望時間帯)	A・B・C
*フリガナ			*眼鏡 有 無
*受診者ご氏名			* 男・女
*生年月日 <small>別途連絡も可</small>	昭和 平成 年 月 日 () 歳		*免許年数 年
*免許種類 <small>(複数選択可)</small>	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	会社名 営業所		
	住所	〒	
	電話	FAX	
	担当者		
助成金対象 <small>(○で囲む)</small>	栃木県トラック協会 栃木県バス協会		
*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。

運転免許証確認 済 ・ 不可	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