

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	
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 受診者ご氏名			眼鏡	有 無
生年月日			昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	男・女
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			
助成金対象 (○で囲む)	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"/> 軽トラ <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	
ナスム					
					

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