

適性診断受診申込書 兼 予約確認表

下記太枠内をご記入下さい。(□には √ を入れて下さい)

申込日 年 月 日

受診日	平成 年 月 日 (曜日)			
	開始時間 □9:10 □13:50 □17:20			
診断区分	☐ 初任診断 ☐ 適齢診断 ☐ 特定診断Ⅰ ☐ 一般診断 ☐ 一般診断(カウンセリング有) ☐ その他			
受診場所	(有)ワイズ アンモータースクール			
申込者	ふりがな			
	事業者名			
	所属営業所名			
	所在地	〒 -		
	連絡先	TEL ()	担当者名	
		FAX ()		
	事業形態	☐ トラック ☐ バス ☐ ハイヤー・タクシー ☐ その他()		
ふりがな		性別	受診料 (税込) ☐ 初任診断 4,700 円 ☐ 適齢診断 4,700 円 ☐ 特定診断Ⅰ 9,100 円 ☐ 一般診断① 2,300 円 ☐ 一般診断② 4,700 円	
受診者名		男 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
所持免許	☐ 大型二種 ☐ 中型二種 ☐ 普通二種 ☐ 大型一種 ☐ 中型一種 ☐ 普通一種 ☐ 大型特殊 ☐ 小型特殊 ☐ 準中型 ☐ 大型二輪 ☐ 普通二輪 ☐ 小型二輪 ☐ けん引 ☐ 原付			
	免許の条件等			
	運転経歴 年 (普通免許取得後)			
◎お支払い方法 当日現金にてお支払い下さい。(領収書宛名 ☐ 事業者名 ☐ 個人名)				

お申込み方法

FAX番号 0284-71-2484

本受診申込書をご記入の上 FAX にてご送信下さい。

FAX到着後申込受理印を押印して返送致します。

※送信後2日以上返信がない場合はお手数ですがご連絡下さい。 0284-71-2695

『予約確認受理印』

〒326-0822

栃木県足利市田中町459-1

(株)HSC 足利自動車教習所

		受付印
受理年月日	平成 年 月 日	
返送日	平成 年 月 日	