

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 V 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	<input type="checkbox"/> 9:10	<input type="checkbox"/> 13:50	<input type="checkbox"/> 17:20												
診断区分	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 一般診断	<input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 一般診断(カウンセリング有)	<input type="checkbox"/> 特定診断 I <input type="checkbox"/> その他													
受診場所	(株)HSC 足利自動車教習所															
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	<input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイヤー・タクシー <input type="checkbox"/> その他()															
ふりがな		性別	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">受診料 (税込)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>初任診断</td> <td>4,700 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>適齢診断</td> <td>4,700 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>特定診断 I</td> <td>9,100 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>一般診断①</td> <td>2,300 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>一般診断②</td> <td>4,700 円</td> </tr> </table>		受診料 (税込)		<input type="checkbox"/> 初任診断	4,700 円	<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,700 円	<input type="checkbox"/> 特定診断 I	9,100 円	<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,300 円	<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,700 円
受診料 (税込)																
<input type="checkbox"/> 初任診断	4,700 円															
<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,700 円															
<input type="checkbox"/> 特定診断 I	9,100 円															
<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,300 円															
<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,700 円															
受診者名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女														
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)															
所持免許	<input type="checkbox"/> 大型二種 <input type="checkbox"/> 中型二種 <input type="checkbox"/> 普通二種 <input type="checkbox"/> 大型一種 <input type="checkbox"/> 中型一種 <input type="checkbox"/> 普通一種 <input type="checkbox"/> 大型特殊 <input type="checkbox"/> 小型特殊 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 大型二輪 <input type="checkbox"/> 普通二輪 <input type="checkbox"/> 小型二輪 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 原付 免許の条件等 運転歴 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) <input type="checkbox"/> 事業者名 <input type="checkbox"/> 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	受付印
返送日	平成 年 月 日	