

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	年 月 日 (曜日)												
	開始時間	<input type="checkbox"/> 9:30	<input type="checkbox"/> 14:10										
診断区分	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断 I <input type="checkbox"/> 一般診断 <input type="checkbox"/> 一般診断(カウンセリング有) <input type="checkbox"/> その他												
受診場所	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	<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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 受診料 (税込 10%) 9月までは-100円となります。(特定 I 除く) </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 初任診断</td> <td style="text-align: center;">4,800 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 適齢診断</td> <td style="text-align: center;">4,800 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 特定診断 I</td> <td style="text-align: center;">9,300 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 一般診断①</td> <td style="text-align: center;">2,400 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 一般診断②</td> <td style="text-align: center;">4,800 円</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 初任診断	4,800 円	<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,800 円	<input type="checkbox"/> 特定診断 I	9,300 円	<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,400 円	<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,800 円
<input type="checkbox"/> 初任診断	4,800 円												
<input type="checkbox"/> 適齢診断	4,800 円												
<input type="checkbox"/> 特定診断 I	9,300 円												
<input type="checkbox"/> 一般診断①	2,400 円												
<input type="checkbox"/> 一般診断②	4,800 円												
受診者名		男 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 <input type="checkbox"/> 事業者名 <input type="checkbox"/> 個人名)													

お申込み方法	FAX番号 048-624-6463
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3~4日以上返信がない場合はお手数ですがご連絡下さい。 048-624-3276

『予約確認受理印』

〒331-0065
 埼玉県さいたま市西区ニツ宮797-1
 有限会社ワイズ アンモータースクール

		受付印
受理年月日	令和 年 月 日	
返送日	令和 年 月 日	