

## 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	□9:30	□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	受診料 (税込 10%)
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)			

<b>お申込み方法</b>	<b>FAX番号 048-624-6463</b>
お電話で仮予約後、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		