

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 ※□13:30(令和3年10月1日以降) |
| 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 | 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) |
| | | |
| 受診料 (税込 10%) | | |
| □初任診断 | | 4,800 円 |
| □適齢診断 | | 4,800 円 |
| □特定診断Ⅰ | | 9,300 円 |
| □一般診断① | | 2,400 円 |
| □一般診断② | | 4,800 円 |
| ◎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 048-624-6463

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 | |