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	☐ 13:30
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	☐ 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 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	