

# 適性診断受診申込書

申込日            年    月    日

那須自動車学校 殿

受診する皆様について(該当する□に✓(チェック)を入れて下さい。)

事業の種類	事業用 ( <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> バス ) <input type="checkbox"/> その他 (                    )		
助成金利用	有 ・ 無      ※栃木県トラック協会・栃木県バス協会 会員対象		
フリガナ			
事業者名 <small>※個人の場合は個人名</small>			
ご住所	〒		
お申込責任者		会社連絡先	
受診者連絡先		会社FAX番号	

受診されるご本人様について

フリガナ 受診者名	生年月日	診断の種類 (○を付けてください)	希望受診日時
	S・H・R 年 月 日	初任・適齢・特定I 一般・一般(C有)	年 月 日 開始時間 : ~
	S・H・R 年 月 日	初任・適齢・特定I 一般・一般(C有)	年 月 日 開始時間 : ~
	S・H・R 年 月 日	初任・適齢・特定I 一般・一般(C有)	年 月 日 開始時間 : ~

**※お申し込みについて※**

- ・受診日・開始時間を確認の上記入し、必要事項を記入後FAX又は郵送にてお申し込み下さい。
- ・定員になり次第締め切ります。(満員の場合は予約受付欄に「満員」と記入します。)
- ・予約を受けましたら押印して返送いたします。予約受付印の無い物は無効です。
- ・当日必ず返信された用紙をお持ち下さい。
- ・何かご不明な点がございましたらご連絡ください。

連絡先 那須自動車学校 〒329-2733 栃木県那須塩原市二区町352-7 TEL 0287-36-3141 担当 小川・小倉
---

予約受付欄 (予約確定印)
------------------

FAX番号 0287-36-4280