

# 適性診断 受診申込書及び予約確認書

年 月 日

診断の種類	<input type="checkbox"/> 初任診断 (4,700円) <input type="checkbox"/> 適齢診断 (4,700円) <input type="checkbox"/> 特定診断I (9,100円) <input type="checkbox"/> 一般診断 (2,300円)			
受診希望日	第1希望	月	日	<input type="checkbox"/> 9:30~ <input type="checkbox"/> 13:30~ <input type="checkbox"/> 15:30~ (★日・祝祭日の受診希望日の場合は、下記開始時間になります) <input type="checkbox"/> 8:30~ <input type="checkbox"/> 10:30~ <input type="checkbox"/> 12:30~
	第2希望	月	日	<input type="checkbox"/> 9:30~ <input type="checkbox"/> 13:30~ <input type="checkbox"/> 15:30~ (★日・祝祭日の受診希望日の場合は、下記開始時間になります) <input type="checkbox"/> 8:30~ <input type="checkbox"/> 10:30~ <input type="checkbox"/> 12:30~
	ご予約は先着順です。予約状況により、ご希望の日時に受診できない場合がございますので、あらかじめご了承ください。(お電話にて調整させていただきます。)			
受診場所	有限会社八代ドライビングスクール		〒866-0074 熊本県八代市平山新町5338	

会社名 (営業所名)			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
事業の種類	<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"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> その他		
担当者	部署		氏名
協会加入の有無	<input type="checkbox"/> 熊本県トラック協会 <input type="checkbox"/> 熊本県バス協会 <input type="checkbox"/> なし		

(ふりがな)			
受診者氏名	姓		名
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成    年    月    日		
住所	〒		
連絡先	自宅		携帯

## 【 受講予約確認書 】

TEL 0965-32-8135

※1 ここより下は未記入で結構です    ※2 日時が確定したら、FAX又は連絡させていただきます

有限会社八代ドライビングスクール 講習課 適性診断担当

FAX 0965-32-3805

【持ち物】

- ・本票(申込受理印が押印されたもの)・受診料金
- ・筆記用具・運転免許証・眼鏡等(必要な方)
- ・日時が確定したら、FAX又は連絡させていただきます

申込受理印
/

受診確定日時	年	月	日	9:30	13:30	15:30
				8:30	10:30	12:30

				担当者印
受理年月日	年	月	日	
返送日	年	月	日	