

適性診断受診申込書

平成 年 月 日

適性診断の種類	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断1 <input type="checkbox"/> 一般診断			
受診希望日	第1希望	月	日	<input type="checkbox"/> 9:40～ <input type="checkbox"/> 13:40～ <input type="checkbox"/> 15:50～
	第2希望	月	日	<input type="checkbox"/> 9:40～ <input type="checkbox"/> 13:40～ <input type="checkbox"/> 15:50～
	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ことがありますので、予めご了承ください。(お電話にて日程調整させていただきます。)			
受診場所	串木野自動車教習所			

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			
連絡責任者	部署		氏名	
協会加入の有無	<input type="checkbox"/> 鹿児島県トラック協会 <input type="checkbox"/> 鹿児島県バス協会 <input type="checkbox"/> なし			

受診者	I	II
ふりがな		
氏名	男 ・ 女	男 ・ 女
	(S・H) 年 月 日(歳)	(S・H) 年 月 日(歳)
住所		
連絡先 (自宅又は携帯電話)	() - -	() - -

※串木野自動車教習所処理欄

(有)串木野自動車教習所
 〒896-0005
 鹿児島県いちき串木野市西塩田町63-2
 (TEL) 0996-32-9222
 (FAX) 0996-33-0094

受講申込受付印	担当者印