

# 適性診断受診申込書

中越自動車学校

お申込日 令和 年 月 日

必要事項をご記入願います。□欄は、該当するものにチェックを入れてください。

申込者	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		
	ふりがな			
	事業所名			
	所在地	〒		
	協会等加入	<input type="checkbox"/> 新潟県トラック協会 <input type="checkbox"/> 新潟県バス協会 <input type="checkbox"/> 新潟県ハイヤー交通共済協同組合		
	申込責任者			
	事業所電話番号		事業所FAX番号	

料 金 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：2,400円 一般診断（カウンセリングあり）：4,800円

受診者①	ふりがな		生 年 月 日
	受診者氏名	男女	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳
	受診希望日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前の部10:00 <input type="checkbox"/> 午後の部15:00
	診断種類	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 <input type="checkbox"/> 特定Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般カウンセリングあり	
	連絡先		助成金利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受診者②	ふりがな		生 年 月 日
	受診者氏名	男女	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳
	受診希望日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前の部10:00 <input type="checkbox"/> 午後の部15:00
	診断種類	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 <input type="checkbox"/> 特定Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般カウンセリングあり	
	連絡先		助成金利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受診者③	ふりがな		生 年 月 日
	受診者氏名	男女	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳
	受診希望日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前の部10:00 <input type="checkbox"/> 午後の部15:00
	診断種類	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 適齢 <input type="checkbox"/> 特定Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般カウンセリングあり	
	連絡先		助成金利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

お申込みについて

- ・お預かりした個人情報、弊社において責任をもって厳重に管理いたします。
- ・受診希望日、時間、その他必要事項を確認、記入の上、FAXにてお申し込みください（下記参照）。
- ・予約受付後、押印をして返信いたします。受診料、運転免許証とともに、当日必ずお持ちください。

公認 中越自動車学校 〒940-1139 新潟県長岡市高島町780番地 TEL 0258-22-2336
---

FAX送信先 <b>0258-22-2337</b>	受付印
-------------------------------	-----