【適性診断】受診申込書

申込日：　　年　月　日

適性診断の種類	□ 初任診断　□ 適齢診断　□ 特定診断Ⅰ　□ 一般診断 ※当校では特定診断Ⅱの受診は出来ません。
事業の種類	□ バス　□ ハイタク　□ 個人タクシー　□トラック　□ その他
受診希望日	

※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。

【ご担当者様】

会社名			
営業所名/部署名		ご担当者様氏名	
会社住所	（〒　　-　　） 都道府県　　市区町村		
ＴＥＬ番号		ＦＡＸ番号	

【受診者様】

ふりがな 氏　名	性別	生年月日	住所	連絡先
①	男・女	昭・平　年　月　日		
②	男・女	昭・平　年　月　日		
③	男・女	昭・平　年　月　日		

ＦＡＸ：０３－３６５７－３１８７

お申込みについて
・必要事項を記載の上、ＦＡＸにてお申込みください。
・予約を受け付けましたら本紙受講申込受付欄に押印の上、返送させていただきます。
・予約受付印の無いものは無効です。
・満員の場合は受診申込受付欄に「満員」と記入いたします。

※京成ドライビングスクール処理欄

受診申込受付印	担当者印