

【適性診断】受診申込書

申込日：

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 I
	<input type="checkbox"/> 一般診断	<input type="checkbox"/> 一般診断（カウンセリング付）	
事業の種類	<input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> 個人タクシー <input type="checkbox"/> その他		
助成金の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>有の場合、どちらの助成金をご利用か選択してください。</small> <input type="checkbox"/> 東京都トラック協会 <input type="checkbox"/> 埼玉県トラック協会		
受診希望日	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		

[ご担当者様]

※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。

会社名			
営業所名/部署名		ご担当者様	
会社住所	(〒 -) <small>都道 市区</small> <small>府県 町村</small>		
TEL番号		FAX番号	
E-MAIL			

[受診者様]

ふりがな 氏名	性別	生年月日	営業所/部署名	事故日 (特定診断を受診の方のみ)
①	男・女	年 月 日		年 月 日
②	男・女	年 月 日		年 月 日
③	男・女	年 月 日		年 月 日
④	男・女	年 月 日		年 月 日
⑤	男・女	年 月 日		年 月 日

FAX : 03 - 6657 - 8021

※京成ドライビングスクール処理欄

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となりますのでご注意ください。
- 満員の場合は受講申込受付欄に「満員」と記入いたします。

受診当日について

- 本紙をお持ちの上、1F受付までお越しください。

受診申込受付印	担当者印