

# 適性診断申込書 兼 予約確認書 (受診票)

必要事項をご記入のうえ、FAX等でご送付ください。⇒ FAX0285-53-7770

(株) 栃交自動車学校  
 栃木県下野市下古山2990  
 TEL 0285-53-2525

	お申し込み日	年 月 日
フリガナ	フリガナ	
会社名	営業所名	
業種	バス ・ ハイタク ・ 貨物 ・ その他 (業種 )	
協会加入の有無	栃木県バス協会 ・ 栃木県トラック協会	
会社ご住所	〒 -	
ご担当者様お名前	(TEL)	(FAX)

フリガナ 受診者お名前	生 年 月 日 ( 歳 )	診断の種類 (○を付けてください)	希 望 日 時	助成金 利用
(男・女)	S・H 年 月 日 ( 歳 )	初任・適齢・特定I 一般・一般 (カウンセリング付)	年 月 日 時間 : ~	有・無
(男・女)	S・H 年 月 日 ( 歳 )	初任・適齢・特定I 一般・一般 (カウンセリング付)	年 月 日 時間 : ~	有・無
(男・女)	S・H 年 月 日 ( 歳 )	初任・適齢・特定I 一般・一般 (カウンセリング付)	年 月 日 時間 : ~	有・無
(男・女)	S・H 年 月 日 ( 歳 )	初任・適齢・特定I 一般・一般 (カウンセリング付)	年 月 日 時間 : ~	有・無
(男・女)	S・H 年 月 日 ( 歳 )	初任・適齢・特定I 一般・一般 (カウンセリング付)	年 月 日 時間 : ~	有・無

- 本紙はコピーしてご使用ください。
- 申込書受付後に受付欄に押印して返送いたします。
- 送信後2日以上返信がない場合はお手数ですが、ご連絡ください。
- ※受診当日は、「予約確認書」、「運転免許証」、「診断料金」をご持参ください。
- ※開始10分前までにお越しください。
- ※都合により受診出来なくなった場合には、お電話にてお知らせください。

受付受理印

月 日

  
  

受付者 \_\_\_\_\_

## (株) 栃交自動車学校