

(適性診断の申込み) メールアドレスは、必須です。

お申し込み日

# 適性診断受診申込書 F A X 予約用 ➡0289-74-5330

平成 年 月 日

## 管理申込者

事業所	フリガナ	アンゼンソウコカブシキガイシャ		営業所名	本社営業所		業種区分 (○で囲む)	
	社名	安全倉庫株式会社		部署名	安全部			
	所在地	栃木県宇都宮市鷺の谷町234		役職	梱包一係		トラック・バス・ハイタク・個タク ・その他 ( )	
	TEL	028-000-0000	FAX	028-999-9999		氏名		棚倉 良子
	メールアドレス	kinyurei @ souko-enzen.co.jp						

※ 受診希望者が複数名の場合は、条件(「診断の種類」、ネットでの「ご予約日時」等)ごとに受診申込書を送信してください。

受診する適性診断の種類				(A) : 適性診断の料金 (1受診者あたり)	
初任	・ <input checked="" type="radio"/> 適齢	・ 一般(C付)	・ 一般(C無)	・ 特定 I	
(該当の診断を○で囲んでください。)				<input checked="" type="radio"/>	初任診断 4,700円(税込)
					適齢診断 4,700円(税込)
					一般診断(C付) 4,700円(税込)
					一般診断(C無) 2,300円(税込)
					特定診断 I 9,100円(税込)
予約した日時	年	月	日 (曜日)	時から	

(B) : 助成金の有無	○をつける	助成金額	助成する団体の名称	所属支部名	(C) : 各受診者の負担する料金
	<input checked="" type="radio"/>	2,700円	栃木県○○○協会	宇都宮中央 支部	(A) - (B) 2,000円(税込)

適性診断の料金は、(A)の料金となります。 料金は、受診日当日、現金にて申し受けます。  
指定団体よりの助成を受けられる方は、(C)の料金を受診者おのおのにおいて、お持ちください。

1	フリガナ	カクニン リョウタロウ	性別	生年月日	満年齢	連絡先	住所	栃木県鹿沼市流通センター66
	氏名	確認 良太郎	男	1979年5月10日生	37歳		TEL	0289-00-0000
2	フリガナ		性別	生年月日	満年齢	連絡先	住所	
	氏名			年 月 日生	歳		TEL	
3	フリガナ		性別	生年月日	満年齢	連絡先	住所	
	氏名			年 月 日生	歳		TEL	