

(適性診断の申込み) メールアドレスは、必須です。

適性診断受診申込書 FAX予約用 → 0289-74-5330

お申し込み日

(ネット予約優先とりますので、お申込み後満席の場合は、ご了承ください)

平成 年 月 日

管理申込者

事業所	フリガナ			営業所名			業種区分 (○で囲む)
	社名			部署名			
	所在地	〒 -		役職			トラック・バス・ハイタク・個タク ・その他 ()
	TEL		FAX	氏名			
	メールアドレス	@					

※ 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 ・ 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。)	初任		適齢	一般(C付)	一般(C無)	特定 I
受診希望の日時	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
		円		支部	(A) - (B) 税込円

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	性別	生年月日	満年齢	連絡先	住所
	氏名		年 月 日生	歳		TEL
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