

適性診断申込書

受診希望日 ○を付けて下さい	第一希望日 年 月 日	※1 第一部・第二部	
	第二希望日 年 月 日	第一部・第二部	
	第三希望日 年 月 日	第一部・第二部	
氏名	フリガナ (歳)	性別	男 ・ 女
	氏名		
生年月日	西暦 年 月 日		
職種 ○を付けて下さい	①バス ②ハイヤー・タクシー ③個人タクシー ④トラック (その他 :) 経験年数 : 新規 ・ 年		
所持免許 レ点を付けて下さい	<input type="checkbox"/> 普通車 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 中型8 t 限定 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 普通二輪 <input type="checkbox"/> 大型二輪 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 大型特殊 <input type="checkbox"/> 普通二種 <input type="checkbox"/> 中型二種 <input type="checkbox"/> 大型二種 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 準中型5 t 限定		
適性診断の種類 レ点を付けて下さい	<input type="checkbox"/> 初任診断 <input type="checkbox"/> 適齢診断 <input type="checkbox"/> 特定診断 <input type="checkbox"/> 一般診断 <input type="checkbox"/> 一般診断 (カウンセリング付)		
勤務先	社名・事業者名 _____		
	住所 〒 _____		
	電話番号 _____		◇FAX _____
	担当者氏名 _____		◇メールアドレス _____
助成金 ○を付けて下さい	※2 使用する ・ 使用しない		

※1 第一部 9:00~11:40 頃 第二部 13:00~15:40 頃

※2 助成金使用の制限があります。各企業・団体にご確認くださいませうようお願い致します。

受診予約確認票の返信 (FAX) は、2 営業日以内に致します。(月曜定休日)
 大変申し訳ありませんが、返信が無い場合電話で確認くださいますようお願い致します。
 適性診断受診証明書 (有料) が必要な方は当日申込時に受付にお尋ねください。

小田原ドライビングスクール TEL 0465-36-1215 FAX 0465-37-4603
 メールアドレス safety-lab@odawara-ds.com