

適性診断 予約申込書

メールアドレス ajima-acd@iac-ds.co.jp
FAX番号 0265-49-8414

株式会社アジマ自動車学校 ドライビングアカデミー 行

※ □欄にシ点を記入ください

「適性診断」を下記の通り申し込みます。

(申込日: 年 月 日)

予約月日	年 月 日 () 曜日					
予約時間	<input type="checkbox"/> 8:30	<input type="checkbox"/> 9:30	<input type="checkbox"/> 10:30	その他の時間		所要時間 約80分
	<input type="checkbox"/> 13:30	<input type="checkbox"/> 14:30	<input type="checkbox"/> 15:30	<input type="checkbox"/>	:	
診断区分	<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"/> カウンセリング 付一般診断	<input type="checkbox"/> 事故惹起者 研修
料金(税込み)	4,800円	4,800円	9,300円	2,400円	4,800円	9,300円
受診車種	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ハイタク <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> その他 (いずれかひとつ)					
(フリガナ)				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
受診者氏名				職種	<input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> その他	
生年月日	和暦と西暦、両方 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(才) ご記入ください 西暦					
免許の種類	<input type="checkbox"/> 第二種・中型・大型のいずれか			<input type="checkbox"/> 普通及び準中型又は中型8t限定		
運転年数	<input type="checkbox"/> 5年未満 <input type="checkbox"/> 5~9年 <input type="checkbox"/> 10~19年 <input type="checkbox"/> 20~29年 <input type="checkbox"/> 30年以上					
申込者	会社名 (営業所)	()			TEL	- -
					FAX	- -
					担当者	
	所在地	(〒 -)				
	所属 協会等	<input type="checkbox"/> 長野県トラック協会会員			<input type="checkbox"/> 長野県バス協会会員 <input type="checkbox"/> 長野県タクシー共済組合員	
料金精算	<input type="checkbox"/> トラック協会の助成金 <input type="checkbox"/> 現金			<input type="checkbox"/> バス協会の助成金 <input type="checkbox"/> タクシー共済の助成券 使用枚数 _____ 枚		
特記事項						

FAX番号 0265-49-8414

本書を受付後「予約確認書」を返信いたします。(「予約確認書」が届かない場合はご連絡ください) TEL.0265-33-2551
個人情報は適性診断に関わることに使用させていただきます。本書の送付をもって、上記内容に同意したものとさせていただきます。
個人情報の開示、訂正、利用停止等については、弊社TEL0265-33-2551までお問い合わせください。