

適性診断受診申込書

申 込 日 年 月 日

申 込 者	会 社 名		
	営 業 所 名		
	ご担当者名		
	住 所	〒 ー	
	連 絡 先	(TEL)	(FAX)
		(E-mail)	
業 種 (○をつけて下さい)	バ ス ・ ハイタク ・ 貨 物 ・ 一 般 企 業		

受講者氏名

フリガナ お 名 前	生 年 月 日	診断の種類 (○をつけて下さい)	希 望 日 時
	S H 年 月 日	初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付)	月 日 時
	S H 年 月 日	初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付)	月 日 時
	S H 年 月 日	初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付)	月 日 時
	S H 年 月 日	初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付)	月 日 時
	S H 年 月 日	初任・適齢・特定 I 一般・一般(キャンセル付)	月 日 時

お申し込みのご案内

- ・ 申込み期限は、受講日の7日前までです。
- ・ ご予約は先着順となります。ご希望日に受診できない場合もございますので、予めご確認下さい。
- ・ 予約申込書（本書）の受付後「受診予約確認書」を返送いたします。

FAX 送信先 011-761-4230

中央バス自動車学校 適性診断係行