

申込日 年 月 日

|                                    |
|------------------------------------|
| 枠内をご記入の上、FAX:0248-75-0796までお送り下さい。 |
|------------------------------------|

## 適性診断予約申込書 兼 受講予約確認書

|       |   |
|-------|---|
| 希望診断名 | <input type="checkbox"/> 一般診断 <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"/> 特定診断Ⅱ |
|-------|---|

※希望する適性診断の□にレ印を入れて下さい

## 【事業所情報】

|         |                             |                              |             |
|---------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| 事業所名    |                             | 営業所名                         |             |
| 郵便番号    | —                           |                              |             |
| 住所      |                             |                              |             |
| TEL     | —                           | —                            | 業態(番号に○)    |
| FAX     | —                           | —                            | 1.トラック      |
| 担当者名    |                             |                              | 2.バス        |
| トラック協会  | <input type="checkbox"/> 会員 | <input type="checkbox"/> 非会員 | 3.タクシー・ハイヤー |
| 受診料支払方法 | <input type="checkbox"/> 現金 | <input type="checkbox"/> 振込  | 4.一般        |

※トラック協会の会員・非会員等、該当する項目の□にレ印を入れて下さい

## 【受診者情報】

|      |                             |                             |       |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 氏名   | セイ                          | メイ                          |       |
|      | 姓                           | 名                           |       |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 |
| 年齢   | 歳                           | 勤務歴                         | 年 か月  |

※記載の際には、□にレ印を入れて下さい

## 【受診希望日時】

|      |  |
|------|--|
| 診断日  | 西暦 年 月 日   |
| 診断時間 | <input type="checkbox"/> ①10:00~11:30(受付 9:45~)  |
|      | <input type="checkbox"/> ②13:00~14:30(受付 12:45~) |
|      | <input type="checkbox"/> ③15:00~16:30(受付 14:45~) |

※受診希望の時間帯の□にレ印を入れて下さい

◎FAXいただき次第、こちらの申込書に受領印を押したものを貴社宛に返信させていただきます

|  |
|--|
| お問い合わせ: 有限会社 小林物流 担当 小林<br>TEL:0248-73-2256 FAX:0248-75-0796 |
|--|