

# 適性診断受診予約申込書



鶴岡自動車学園 講習課行き ( FAX 送付先 0235-22-6243 )

診断の種類 (○を付けて下さい)	一般診断	カウンセリング付定期診断		
	初任診断	適齢診断	特定診断 I	特定診断 II

## 予約申込み内容

事業者(会社)名				
営業所名	(TEL )			
担当者氏名	(役職 ) (携帯 )			
受診者氏名 (同時受診 最大3名まで)	_____		_____	
	診断の種類が異なる場合は 明示願います			
受診希望日	第1希望日	月	日 ( )	AM ・ PM
	第2希望日	月	日 ( )	AM ・ PM
	第3希望日	月	日 ( )	AM ・ PM
<p>診断の基本スケジュールは以下のとおりです。</p> <p>奇数月・・・ (月) (水) (金)</p> <p>偶数月・・・ (火) (木) (土)</p> <p>但し、高校生、大学生の免許取得時期は休診となります。</p> <p>診断開始時間      AM → 10:00</p> <p>                            PM → 13:30</p> <p>どうしても都合に合わない場合は、御相談下さい。</p>				

これより下は記入せず、FAXにて送付を御願い致します。  
こちらからお電話を差し上げた上で、正式日程をお決め致します。