適性診断受診申込書

アイルモータースクール　御中

申込日　　年　　月　　日

所属支部	福　岡・北九州・筑　豊・筑　後
事業所名	
事業所住所	
担当者名	
連絡先	TEL：
	FAX：

＊ 受診場所・診断種別・受診日時は、番号に○印を記してください。

	受診場所	診断種別	受診日時	ふりがな 氏　名	生 年 月 日
1	1　アイル豊前 2　アイル門司	1．一般診断 2．初任診断 3．適齢診断	月　日 1．10：00 2．12：00 3．15：00 4．17：00		S・H 年　月　日 （　歳）
2	1　アイル豊前 2　アイル門司	1．一般診断 2．初任診断 3．適齢診断	月　日 1．10：00 2．12：00 3．15：00 4．17：00		S・H 年　月　日 （　歳）
3	1　アイル豊前 2　アイル門司	1．一般診断 2．初任診断 3．適齢診断	月　日 1．10：00 2．12：00 3．15：00 4．17：00		S・H 年　月　日 （　歳）

1　実施場所：アイルモータースクール**豊前**　福岡県豊前市松江1381-１
　　アイルモータースクール**門司**　福岡県北九州市門司区畑120

2　実施曜日：アイル豊前実施分　水曜日、金曜日、土曜日（当社休業日を除く）
　　アイル門司実施分　月曜日、木曜日、土曜日、日曜日（当社休業日を除く）

3　助成金額：①一般診断全額、初任診断・適齢診断3,000円です。
　　②トラック協会の助成はお一人様、一年に一回です。（二回目以降は実費）

4　予約手順：①電話予約後、当機関へ適性診断受診申込書をＦＡＸにてお送り下さい。
　　②その後、当機関よりお客様へ予約確認書をＦＡＸにてお送りいたします。
　　③受診日当日、予約確認書をご持参下さい。

5　問合せ先：アイルモータースクール
　　TEL：0120-00-2044　　FAX：0979-83-3395