

FAX: 045-391-1343

(二俣川自動車学校 行)

申込日 年 月 日

企業運転研修 補習コース 申込書

貴社名	印				
	ご担当部署名:		ご担当者名:		
住所	〒				
連絡先	TEL:		FAX:		
ご希望 補習時限数	() 時限コース				
	その他ご要望等ございましたらご記入下さい				
研修日時	年 月 日		曜日		: ~ :
	年 月 日		曜日		: ~ :
受講者名	氏 名	性別	年齢	研修車両	前回研修日
	ふりがな		歳	AT ・ MT	/ /
参加人数合計	名	研修料金合計	円	お支払予定日	月 日
振込名義 (右よりお選び下さい)	貴社名 ・ 受講者名 ・ その他 ()				
<p>※研修キャンセル料について(予約のキャンセル・日時変更)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修日前々日の午前10時以降に予約をキャンセルされる場合、キャンセル料金は研修料金の全額となります。 <p>※当校の免責事項について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修中の受講生運転による事故。 ・研修車両は対人(無制限)、対物(3,000万円)までの自動車保険に加入しています。 					

< 備 考 欄 >

受付	送付書類	発送日	発送シール	教習部 送付日	経理		社長
	見積書	/		/	売掛入力	入金確認	
	請求書	/					
	診断書	/					