

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				
研修受講 ご希望日	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 style="color: red;">※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> <p>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>					

社内使用欄

受付番号

担当指導員:

< 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	/					