令和　　年　　月　　日

FAX　06-6965-2842

近畿交通共済協同組合 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　電話番号

　　　担当者

**アクセスチェッカー・ミニ（可搬型運転操作検査器）**

**利　用　申　込　書**

※　**当社所属の運転者に対する安全運転適正診断を実施したく**

**貴組合の可搬型運転操作検査器運用規定を了承の上、申し込みいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **利　用　日　時** | 令和　　年　　月　　日（　　）から  令和　　年　　月　　日（　　）まで |
| 利　用　場　所 | * **設置先住所を記入してください** |
| 受検予定人数 |  |
| 連　絡　事　項 |  |
| 備考 |  |
| **＊　個人情報の取り扱いについては、その保護等十分な配慮を願います。**   * **機器設置には、電気が必要な為、コンセント利用の出来る場所が条件となります。** * **事務机要（ハンドル・パソコン・プリンター設置の為）受検は１人約20分程度。**  |  | | --- | | **近畿交通共済協同組合　　事故防止部　事故防止課**  **ＴＥＬ　０６－６９６５―２８２６** | | |