令和　　　年　　　月　　　日

近畿交通共済協同組合 殿

FAX　06-6965-2842

事業所名

電話番号

担当者名

適性診断車利用申込書

貴組合の運転適性診断運用要領に基づき、当社所属の運転者に対する適性診断を実施したく

下記により申込みを致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）　　　　　　時　　　分～　　　　時　　　　分 |
| 実施場所の住所 | (適性診断車が訪問させていただく住所を記入して下さい。) |
| 受診人数 | 名　　　　　※　受診予定者名簿の提出も願います |
| 受診証明書送付先等 |  |

※　個人情報の取扱いについては、その保護等十分な配慮を行います。

受診に際して、１００V の電源と駐車スペースの確保をお願いします。

受診は１人約３０分、１時間で６名程度受診が可能です。

お問合せ先　　近畿交通共済協同組合　事故防止課

電話 06-6965-2826