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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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

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）から  令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）まで |
| 利用場所 | （アクセスチェッカー・ミニを設置させていただく住所を記入して下さい。)  〒 |
| 受検予定人数 | 名 |
| 受検証明書送付先  及びその他連絡事項 | 〒 |

* 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。

機器設置にあたって、電源、机、椅子のご用意をお願いします。

受検は１人約３０分です。

【お問い合わせ先】　近畿交通共済協同組合　事故防止課

TEL：06-6965-2826　FAX：06-6965-2842