

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