

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

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 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。
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