

太枠内をご記入の上、FAX：059-228-9876までお送りください。

## 適性診断予約申込書

希望診断名	<input type="checkbox"/> 初任診断	<input type="checkbox"/> 適齢診断	<input type="checkbox"/> 特定診断Ⅰ
-------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

※ 希望する適性診断の口印にシ印を入れてください

会社名		営業所名	
郵便番号	—		
住所			
TEL	—	—	
FAX	—	—	
担当者名			
トラック協会	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	
受診料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 振込	

※ トラック協会の会員・非会員等、該当する項目の口印にシ印を入れてください

診断日	平成 年 月 日
診断時間	<input type="checkbox"/> ① 10:00~12:00 (受付 9:40~)
	<input type="checkbox"/> ② 13:00~15:00 (受付 12:40~)
	<input type="checkbox"/> ③ 15:00~17:00 (受付 14:40~)

※ 受診希望の時間帯の口欄にシ印を入れてください。

### 【受診者情報】

氏名	セイ				メイ
	姓				名
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
年齢	才	勤務歴	年	か月	

※ 記載の際には、口欄にシ印を入れてください。

こちらの予約申込書をいただき次第、適性診断受診予約票を貴社宛にFAXさせていただきます。

お問い合わせ・・・三重県交通共済協同組合 安全・事故防止部

TEL：059-226-5437 FAX：059-228-9876