

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"/> 一般診断	<input checked="" 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

【事業所情報】

事業所名	〇〇運送株式会社	営業所名	本社営業所
郵便番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇		
住所	三重県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇		
TEL	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
FAX	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
担当者名	〇〇 〇〇		
トラック協会	<input checked="" 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

【受診者情報】

氏名	セイ	キョウサイ	メイ	タロウ
	姓	共済	名	太郎
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	〇〇 年	〇〇 月 〇〇 日
年齢	〇〇 才	勤務歴	〇〇 年	〇〇 か月

※ 記載の際には、口欄にシ印を入れてください。

【受診希望日時】

診断日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
診断時間	<input checked="" 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。

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