

申込日：西暦 年 月 日

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 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 欄に を入れてください。

【事業所情報】

| | | | |
|--------------|--|------------------------------|--|
| 事業所名 | | 営業所名 | |
| 申込事業所郵便番号・住所 | 〒 | 診断結果の送付先が左記と異なる場合は太枠にご記入ください | 〒 |
| 申込事業所TEL | | 送付先事業所TEL | |
| 申込事業所FAX | | 送付先事業所FAX | |
| 申込担当者名 | | 送付先担当者名 | |
| 三重県トラック協会 | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 | 三重県交通共済協同組合 | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 非組合員 |
| 受診料支払方法 | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 | ← 支払方法は可能な限り現金でのご対応をお願いします | |

※ トラック協会の会員・非会員等、該当する項目の 欄に を入れてください。

※ トラック協会、交通共済ともに非加入の方は、必ず支払方法の 欄に を入れてください。

【受診者情報】 ※受診者名の漢字、読み仮名、生年月日については正確な情報をご記入ください。

| | | | | |
|------|---|-----|----|-----|
| 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、 欄に を入れてください。

【受診希望日時】

| | |
|------|--|
| 診断日 | 西暦 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 欄に 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
※1日の受診人数が限られていますので、キャンセルのないように受診日の調整をお願いいたします。

お問い合わせ・・・三重県交通共済協同組合 安全・事故防止部まで
TEL：059-226-5437 FAX：059-228-9876