

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 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 □ 欄に を入れてください。

〔診断結果の送付先が申込事業所と同じ場合は、太枠内は空欄で結構です。〕

【事業所情報】

事業所名	○○運送株式会社	営業所名	本社営業所
申込事業所郵便番号・住所	〒○○○-○○○○ 三重県○○市○○町○-○○○	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	〒○○○-○○○○ 三重県○○市○○町○○○-○
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	共済 太郎	送付先担当者名	共済 花子
三重県トラック協会	<input checked="" type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	三重県交通共済協同組合	<input checked="" 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	コウツウ	メイ	イチロウ
	姓	交通	名	一郎
生年月日	<input checked="" 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 checked="" 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