

年 月 日

四国交通共済協同組合  
理事長 田 中 等 殿

会社所在地  
会社名  
代表者  
担当者  
電話番号  
F A X 番号

### 適性診断受診申込書

貨物自動車運送事業輸送安全規則第10条第2項（1号・2号・3号）に定める下記の運転者について、貴組合で行われる適性診断を受診させたく申し込みます。

特定診断Ⅰ ・ 特定診断Ⅱ ・ 適齢診断

診断日： 年 月 日

|       |       |   |  |
|-------|-------|---|--|
| ふりがな  |       |   |  |
| 受診者氏名 |       |   |  |
| 生年月日  | 生まれ   | 歳 |  |
| 免許証番号 |       |   |  |
| 性別    | 男 ・ 女 |   |  |
| 住所    |       |   |  |
| 入社年月日 | 年 月 日 |   |  |
| 事故日   | 年 月 日 |   |  |

(注) 事故日は、事故により、適性診断を受診する際にご記入ください。

初任診断

診断日： 年 月 日

|       |          |   |  |
|-------|----------|---|--|
| ふりがな  |          |   |  |
| 受診者氏名 |          |   |  |
| 生年月日  | 生まれ      | 歳 |  |
| 免許証番号 |          |   |  |
| 性別    | 男 ・ 女    |   |  |
| 住所    |          |   |  |
| 入社年月日 | 年 月 日    |   |  |
| 運転経歴  | 無 ・ 3年以内 |   |  |