

申込書をご記入の上、FAX 0877-44-3390 までお送りください。

適性診断受診申込書

希望診断名	初任診断	適齢診断	特定診断 I	特定診断 II
診断日	年 月 日			
	午前希望		午後希望	

※ 希望する適性診断を○印で囲んでください。

【事業所情報】

事業所名		営業所名	
担当者名		担当者役職	
住所	〒 -		
TEL	()	FAX	()

【受診者情報】

氏名	(ふりがな)		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生まれ		
年齢	歳	勤務歴	年 か月

こちらの受診申込書を受付しましたら、受診予約完了通知を貴社宛てにFAXさせていただきます。

お問い合わせ先は

四国交通共済協同組合 安全対策部

TEL 0877-44-4416 FAX 0877-44-3390