

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	一般診断	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 (9:30~12:00)		午後 (13:30~16:00)		

※ 希望する適性診断、時間を○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	
※ 適齢診断を受診する際は、 12桁の免許証番号をご記入ください					

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