

平成 年 月 日

四国交通共済協同組合
理事長 城戸 猪喜夫 殿

会社所在地
会社名
代表者
担当者
電話

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： 平成 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： 平成 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		