移動適性検査依頼申込書

　　　年　　　月　　　日

岡山県トラック交通共済協同組合

理 事 長　　岡　本　　卓　治　殿

|  |
| --- |
| 住所　 |
| 組合員名　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| (担当者)(連絡先) |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 移動適性検査依頼予定日時 | 受験者数 |
| 令和　　年　　月　　日(　　)　　　時　　分より　　時　　分まで | 約　　　名 |
|  |
| 移動適性検査依頼場所 |
|  |
|  |
| 承認欄　　　　　上記移動適性検査依頼を承認します。　　　　　(組合の事情により取り消すことがあります。)令和　　年　　月　　日岡山県トラック交通共済協同組合理 事 長　　岡　本　　卓　治 |