

申込日 年 月 日

下記枠内をご記入の上、FAX：086-234-8500までお送りください。

## 適性診断予約申込書

|       |                               |                               |                                |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 希望診断名 | <input type="checkbox"/> 初任診断 | <input type="checkbox"/> 適齢診断 | <input type="checkbox"/> 特定診断I |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

※ 希望する適性診断の□にレ点を入れてください。

## 【事業所情報】

|      |   |      |  |
|------|---|------|--|
| 事業所名 |   | 営業所名 |  |
| 郵便番号 | — |      |  |
| 住所   |   |      |  |
| TEL  | — | —    |  |
| FAX  | — | —    |  |
| 担当者名 |   |      |  |

## 【受診者情報】

|      |                             |                             |       |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 氏名   | (フリガナ)                      |                             |       |
|      | 姓                           |                             | 名     |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 |
| 年齢   | 才                           | 勤務歴                         | 年 ヶ月  |

※ 該当する項目の□にレ点を入れてください。

## 【受診希望日時】

|      |                                   |       |   |                 |
|------|-----------------------------------|-------|---|-----------------|
| 診断日  | 西暦                                | 年     | 月 | 日               |
| 診断時間 | <input type="checkbox"/> ①(特定I)   | 9:30  | ～ | 12:00(受付9:00～)  |
|      | <input type="checkbox"/> ②(初任・適齢) | 10:00 | ～ | 12:00(受付9:30～)  |
|      | <input type="checkbox"/> ③(初任・適齢) | 14:00 | ～ | 16:00(受付13:30～) |
|      | <input type="checkbox"/> ④(特定I)   | 14:00 | ～ | 16:30(受付13:30～) |

※ 受診希望の時間帯の□にレ点を入れてください。

こちらの予約申込書を頂き次第、適性診断受診予約票を貴社宛てにFAXさせて頂きます。

お問い合わせ・・・岡山県トラック交通共済協同組合 事故防止対策室 安全推進課

TEL：086-234-5811 FAX：086-234-8500