

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

診断名	一般診断
-----	------

【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 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 10:00 ~ 12:00 (受付9:30~)
	<input type="checkbox"/> ② 14:00 ~ 16:00 (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させていただきます。

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