　　年　　月　　日

中部交通共済協同組合　御中

（組合員）

所 在 地

名　　称

代表者名

運転適性診断巡回サービス申込書

当社従業員（運転者）の交通安全意識を高め事故防止に資するため、下記により運転適性診断巡回サービスを申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　　　　時 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 | |
| 場　　　　所 |  | |
| 受診予定人数 | 名 | |
| 連絡担当者 | 所属 職名 |  |
| 氏　 　名 |  |
| 電　 　話 |  |
| 備　　　　考 |  | |

（お願い）

　１　運転適性診断車の駐車場所を確保してください。

　２　１００Ｖ電源を確保してください。

　３　診断結果カウンセリングのできるスペースを用意してください。（机１台、椅子２脚）

　４　診断までに受診者氏名・生年月日をお知らせください。