

(様式7)

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。