

(様式1)

依頼日 年 月 日

# 適性診断受診券発行依頼書

中部交通共済協同組合

理事長 殿

所在地(送付先).....

組合員名.....

代表者.....(印)

フリガナ  
担当者.....(印)

電話.....

F A X.....

■受診予定期間 月 日( ) ~ 月 日( ) 【利用期限: 依頼日より1ヶ月】

※発行依頼書は、当組合の1営業日前までに申請ください

※受診予定日が単日の場合は同じ日を記入してください

■受診予定人数(発行枚数) 合計 人

(独)自動車事故対策機構 名古屋主管支所	初任	人	適齢	人	特定I	人
(独)自動車事故対策機構 静岡支所 ( 支部)	初任	人	適齢	人	特定I	人
(独)自動車事故対策機構 岐阜支所	初任	人	適齢	人	特定I	人
(独)自動車事故対策機構 福井支所	初任	人	適齢	人	特定I	人
(独)自動車事故対策機構 石川支所	初任	人	適齢	人	特定I	人
(独)自動車事故対策機構 富山支所	初任	人	適齢	人	特定I	人

※トラック協会支部で受診の場合は支部名をお書き添えください。

■ トラック協会 会員 非会員 トラック協会等の助成 有(全額・一部) 無

※いずれかに✓を入れてください。

※以下は記入しないでください。(組合用)

特定I	枚	カウンセリング日確認 (支部) <input type="checkbox"/>
初任	枚	発行者
適齢	枚	

お問合せ先: 中部交通共済協同組合 事故防止部

TEL: 052-715-5003

FAX: 052-332-8500