

運転者適性診断 受診申込書 兼 予約確定書

協同組合中央経友会 行き

FAX送信先：0263-71-2091

【 お申込のご案内 】

- ・受診定員は、各時間帯 1名です
- ・ご希望日に受診出来ない場合もございますので、第2希望日までご記入願います
- ・申込受付後、本紙へ予約確定日を追記の上、貴社宛にFAXさせていただきます

(組合員No.) ※経友会組合員の方はご記入ください 申込日(年 月 日)

ふりがな 会社名 :
ご住所 : 〒 -
ふりがな ご担当者 : TEL:() - FAX:() -
ご加入団体 : <input type="checkbox"/> 長野県トラック協会 <input type="checkbox"/> 長野県バス協会

ふりがな 受診者名	受診種目	希 望 日 時 (第2希望日まで記入してください)	※予約確定日
生年月日 年 月 日	一般・初任	① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	H 年 月 日
	適齢・特診 I	② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	
生年月日 年 月 日	一般・初任	① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	H 年 月 日
	適齢・特診 I	② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	
生年月日 年 月 日	一般・初任	① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	H 年 月 日
	適齢・特診 I	② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	

様

上記、予約確定日のとおり、受付いたしました

受診料は _____ 円です。当日ご持参いただけますようお願いいたします。

平成 年 月 日 担当:

※受診当日は、開始時間の10分前にはお越しください

※駐車場が狭いため、トラック等大型・中型車でのご来組は ご注意ください

協同組合中央経友会

運転者適性診断安曇野受診センター

〒399-8211 長野県安曇野市堀金烏川5064-7

TEL:0263-31-5105 FAX:0263-71-2091 (担当: 高橋)