

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 】

- ・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 [令和 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 <input type="checkbox"/> 長野県タクシー交通共済協同組合(助成券：あり・なし) <input type="checkbox"/> 未加入 |

| 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 |
|--------------|--|----------------------------|---------|
| 男・女 | 一般・初任 | ① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～ | 月 日 |
| | 適齢・特診Ⅰ | ② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～ | |
| 生年月日： 年 月 日生 | 免許種類： <input type="checkbox"/> 第一種普通 <input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれか | | |
| 男・女 | 一般・初任 | ① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～ | 月 日 |
| | 適齢・特診Ⅰ | ② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～ | |
| 生年月日： 年 月 日生 | 免許種類： <input type="checkbox"/> 第一種普通 <input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれか | | |

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。

・助成券をお持ちの方は、ご持参ください(タクシー交通共済協同組合の方のみ)

令和 年 月 日 担当：

※ 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)