

九州トラック交通共済協同組合 御中

事業所名 _____

部署・担当者名 _____

連絡先電話番号 _____

受診証明書送付先住所

〒

可搬型適性診断（一般診断）機器使用申込書

※契約組合員以外の申込みはできません

当社従業員（運転手）の交通安全意識を高めるため、携帯用適性診断機器の貸出を希望したく申込みます。

使用期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
設置場所	
備考	

- 注意
- ①貸出期間は最長1週間とします。
 - ②本機は精密機械です。極度の衝撃を与えないでください。
 - ③不明あるいは不都合が生じた場合は下記へご連絡下さい。

九州トラック交通共済協同組合
安全推進部

TEL 092-451-7865

FAX 092-472-5888

組合記入欄	型 式	
-------	-----	--