

年 月 日

九州トラック交通共済協同組合 御中

事業所名

---

## 可搬型適性診断機器使用申込書

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	月 日( 曜日) 午前・午後 ~ 月 日( 曜日) 午前・午後
設置場所	
担当者 (連絡先)	氏名 電話番号
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