太枠内をご記入の上、FAX：<u>096－288－9742</u> までお送りください。

（初任・適齢）適性診断予約申込書

希望診断名	□　初任診断　　□　適齢診断

※ 希望する適性診断の□印にレ印を入れてください

会社名		営業所名	
住所	（〒　　－　　）		
ＴＥＬ	－　　－	ＦＡＸ	－　　－
担当者名			
受診料支払方法	□　現金		

診断希望日	令和　　年　　月　　日
診断希望時間	□　①　9:30　～　11:30　（受付　9：15～）
	□　②　13:30　～　15:30　（受付　13：15～）

※ 受診希望の時間帯の□欄にレ印を入れてください。

【受診者情報】

氏名	セイ		メイ
	姓		名
生年月日	□ 昭和　□ 平成　　年　　月　　日　（年齢　　歳）		
性別	□ 男　□ 女	勤務歴	年　　か月
免許種類 【複数選択可】	□ 第二種・第一種中型・第一種大型のいづれか　□ 免許なし □ 第一種普通（8トン限定中型含む）　□ 原付		
免許年数	□ 0～5年未満　□ 5～10年未満　□ 10～20年未満 □ 20～30年未満　□ 30年以上		

※ 記載の際には、□欄にレ印を入れてください。

こちらの予約申込書をいただき次第、適性診断受診予約票を貴社宛にＦＡＸさせていただきます。定員に達している場合は、別途、当組合から連絡します。

お問い合わせ・・・南九州交通共済協同組合　　適性診断室

ＴＥＬ：096-369-0108　　ＦＡＸ：096-288-9742