

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

(特定 I) 適性診断予約申込書

希望診断名	特定診断 I
-------	--------

会社名		営業所名	
住所	(〒 -)		
TEL	- -	FAX	- -
担当者名			
受診料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金		

診断希望日	令和	年	月	日
診断希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後		

※ 受診希望の時間帯の口欄にシ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	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(年齢 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	勤務歴	年	か月	
免許種類 【複数選択可】	<input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれか			<input type="checkbox"/> 免許なし		
	<input type="checkbox"/> 第一種普通 (8トン限定中型含む)			<input type="checkbox"/> 原付		
免許年数	<input type="checkbox"/> 0~5年未満		<input type="checkbox"/> 5~10年未満		<input type="checkbox"/> 10~20年未満	
	<input type="checkbox"/> 20~30年未満		<input type="checkbox"/> 30年以上			
事故状況	(事故発生日 年 月 日)					

※ 記載の際には、口欄にシ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。

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