

年 月 日

九州トラック交通共済協同組合 行  
(FAX:092-472-5888)

事業所名

担当者名

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(運転者)の交通安全意識を高めるため、携帯用適性診断機器の貸し出しを希望したく申し込みます。

|      |                     |
|------|---------------------|
| 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ください。

【お問い合わせ先】 安全推進課 TEL:092-451-7865

|       |    |  |
|-------|----|--|
| 組合記入欄 | 型式 |  |
|-------|----|--|