

# 運転者適性診断 受診申込書 兼 予約確定書

協同組合中央経友会 行き

FAX送信先：0263-71-2091

【 お申込のご案内 】

- ・受診定員は、各時間帯 1名です
- ・ご希望日に受診出来ない場合もございますので、第2希望日までご記入願います
- ・申込受付後、本紙へ予約確定日を追記の上、貴社宛にFAXさせていただきます

(組合員No. ) ※経友会組合員の方はご記入ください 申込日 [ 令和 年 月 日 ]

ふりがな	
会社名：	
ご住所： 〒	
ふりがな ご担当者：	TEL:( ) - FAX:( ) -
ご加入団体：	<input type="checkbox"/> 長野県トラック協会 <input type="checkbox"/> 長野県バス協会 <input type="checkbox"/> 長野県タクシー交通共済協同組合(助成券：あり・なし) <input type="checkbox"/> 未加入

ふりがな 受診者名	受診種目	希望日時 (第2希望日まで記入してください)	※ 予約確定日
男・女	一般・初任	① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	月 日
	適齢・特診Ⅰ	② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	
生年月日： 年 月 日生	免許種類： <input type="checkbox"/> 第一種普通 <input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれか		
男・女	一般・初任	① 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	月 日
	適齢・特診Ⅰ	② 月 日 10:00～・13:30～・15:30～	
生年月日： 年 月 日生	免許種類： <input type="checkbox"/> 第一種普通 <input type="checkbox"/> 第二種・第一種中型・第一種大型のいずれか		

様

上記、予約確定日のとおり、受付いたしました

受診料は \_\_\_\_\_ 円です。当日ご持参いただけますようお願いいたします。

・助成券をお持ちの方は、ご持参ください(タクシー交通共済協同組合の方のみ)

令和 年 月 日 担当：

※ 駐車場が狭いため、トラック等大型・中型車でのご来組は ご注意ください

協同組合中央経友会  
運転者適性診断安曇野受診センター

〒399-8211 長野県安曇野市堀金烏川5064-7  
TEL:0263-31-5105 FAX:0263-71-2091 (担当：高橋)